Rok XXXIX. Kraków, 16 Czerwca 1900. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych I. b. Szpitala Sgo Łazarza w Krakowie.

W sprawie wstrzykiwań śródżylnych Hetolu (natrium cinamilicum) w przebiegu gruźlicy płuc metodą Landerera.

Napisał

prymaryusz Dr. Antoni Krokiewicz.

„Dotyczas nie posiadamy środka leczniczego swoistego przeciw gruźlicy płuc“. W te mniej więcej słowa odezwał się Kobert na Zjeździe w Berlinie w r. 1899, zwołanym dla zwalczania tej strasznej choroby obecnego stulecia (Bericht über den Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit. Berlin 1899, S. 365 i t. d.), a zdanie to zyskało powszechne uznanie obecnych uczestników. Wprawdzie Petruschky (Die specifische Behandlung der Tuberculose. Berl. klin. Woch. 1899, Nr. 51) poleca ponownie gorąco w przypadkach bardzo wczesnych zmian gruźliczych tuberkulinę jako środek leczniczy swoisty, to jednak rzecz ta potrzebuje jeszcze dalszego potwierdzenia. Ze środków leczniczych farmakologicznych zaleca Kobert, opierając się na własnem doświadczeniu i na spostrzeżeniach klinicznych z górą 50000 przypadków chorobowych, udzielonych mu przez przeszło 200 wybitnych lekarzy, stosować w gruźlicy płuc, przewodu pokarmowego i gruczołów obok zmodyfikowanego leczenia sposobem Brehmera nieszkodliwe przetwory kreozotu, jak kreozotal i duotal (Leyden, Cornet), przyczem nadmienia, iż korzystne ich działanie odnieść należy nie do zdolności niszczenia jadu gruźliczego, lecz do wzmożenia łaknienia, poprawy trawienia, podniesienia sił chorego, tudzież do powstrzymywania rozwoju t. zw. zakażenia mięszanego.

W ostatnich latach Landerer wprowadził pomiędzy środki lecznicze przeciw gruźlicy kwas cynamonowy i jego sole. Wprawdzie kwasu cynamonowego i jego soli już od 18 lat używano w gruźlicy, to jednak dopiero Landerer starał się przyczynić do szerszego ich zastosowania wskazując odnośną technikę, polegającą na wstrzykiwaniu śródżylnem lub śródmięśniowem wspomnianych przetworów leczniczych. Przy tym sposobie na 158 przypadków, leczonych na gruźlicę płuc po 1 marca 1899 roku, miał Landerer uzyskać wyzdrowień 88 tj. 55·7% i polepszeń 35 tj. 22·1%, czyli w całości w 77·8% przypadków pomyślne, a tylko w 22·2% niekorzystne wyniki. (Anweisung zur Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure v. Dr. A. Landerer. Leipzig 1899). Według Landerera korzystne działanie kwasu cynamonowego i jego soli odnieść należy do wytwarzania się ogólnej leukocytozy, tudzież aseptycznego zapalenia około ogniska gruźliczego. Wskutek aseptycznego zapalenia około ognisk gruźliczych przychodzi z początku do obwałowania i przesiąknięcia ich ciałkami białemi; następnie w miarę coraz większego rozwoju młodej tkanki ziarninowej wraz z nowemi naczyniami krwionośnemi, ulega serowate ognisko gruźlicze wessaniu, pozostawiając na swem miejscu tkankę bliznowa, tą, włóknistą. Wogóle zmiany histologiczne, które kwas cynamonowy wywołuje w tkankach gruźliczych, są takie sameja jak w samoistnem gojeniu się ognisk gruźliczych, — tylko żywsze i energiczniejsze.

Kwas cynamonowy nie działa uodporniająco; najprawdopodobniej działa w postaci jakiejś aleksyny lub przeciwtrutki (Antikörper) tak, że jad prątków gruźliczych z solami kwasu cynamonowego łączy się na ciała nietrujące. Prątki gruźlicze w pierwszych miesiącach tylko nieznacznie są zaatakowane, trudniej się barwią; później mają zamierać.

W roku 1897 ogłosił Heusser (Therapeutische Monatshefte Nr. 9) wyniki leczenia kwasem cynamonowym w 22 przypadkach suchót płucnych, przyczem w 6 przypadkach miał uzyskać wyleczenie, a w 12 przypadkach poprawę; z pozostałych przypadków jeden zakończył się śmiercią, a 3 leczone były bezskutecznie. Z 6 wyleczonych przypadków 3 należały do postaci lżejszej (zagęszczenie bez zmian rozpadowych z umiarkowaną gorączką), 3 zaś do postaci cięższej (jamy z gorączką umiarkowaną). Z 12 chorych, którzy doznali polepszenia, 3 należało do gromady pierwszej, a 9 do drugiej. U 7 z tych chorych poprawa jest stała; 2 zmarło po upływie $^1/_2$—1 roku; o 3 wiadomości późniejszej nie ma.

Chorzy, przebywający w Davos, o wiele rychlej doznawali polepszenia poddając się leczeniu kwasem cynamonowym; również rzadziej u nich występowały nawroty choroby.

Heusser wstrzykiwał kwas cynamonowy tylko w mięśnie pośladkowe. Używał 5% zawiesiny; rozpoczynał dawką 0,1 gm. powiekszając dawkę o 0,1 gm. co drugi dzień; największa dawka wynosiła 1.00. Po ustąpieniu objawów chorobowych radzi Heusser stosować to leczenie jeszcze przez miesiąc. Czas trwania leczenia w ogóle ma wynosić od 5—6 miesięcy.

Po wstrzyknięciu doznawali chorzy niekiedy uczucia palenia w miejscu ukłócia. Zawroty głowy raz tylko można było zauważyć; natomiast częstokroć odczuwali chorzy podmiotowo pewnego rodzaju ogólne znużenie, a rzadko doznawali nawałów do głowy.

Zgodnie z Landererem utrzymuje Heusser, iż 1) w kwasie cynamonowym posiadamy środek, działający silnie na tkanki gruźlicze; 2) wstrzykiwanie kwasu cyna-

monowego w pośladki jest nieszkodliwe przy zachowaniu pewnych ostrożności; 3) wstrzykiwania kwasu cynamonowego mogą w wielu przypadkach wyleczyć gruźlicę; 4) kwas cynamonowy nie jest swoistym środkiem przeciw gruźlicy.

Zapatrywania Landerera stwierdzają i lekarze rosyjscy, jak Gortscharenko, Lowski, Jurjew (Sammelreferat, Wiener med. Blätter Nr. 2, 3, 4 r. 1900). Obydwaj pierwsi zauważyli przy stosowaniu kwasu cynamonowego u chorych gruźliczych zwiększenie ciężaru ciała, ustanie potów, polepszenie ogólnego stanu i wyleczenie początkowych okresów gruźlicy płuc; ostatni zaś w drodze doświadczalnej wykazuje korzystne działanie na sprawę gruźliczą u zwierząt, chociaż nieco odmiennie rzecz tłómaczy, niż Landerer.

Korzystne wyniki leczenia gruźlicy płuc kwasem cynamonowym i przetworami arsenu podaje Hoff z polikliniki prof. Stofelli w Wiedniu w rozprawie; „Die Arsen-Zimmtsaüre-Therapie der Lungentuberculose“ (Aerztlicher Central Anzeiger Nr. 33, 1899). Hoff podawał chorym na gruźlicę płuc wewnętrznie arszenik z kwasem cynamonowym według następującego przepisu:

Rp. Acidi arsenicosi 0,10
Kali carbon. dep. 0,20
Acid. cinamylici 0,30
Aqu. destill. 5.00
Coque usque ad perfectam solutionem (3/4 h.) dein adde:
Cognac 2·5
Extr. laud. aquos. 0,5.
quod in aqua destill. 2·5 sol. dein filtratum sit.

S. Po obiedzie i po kolacyi od po 6 — po 22 kropli zwolna postępując, zażywać.

Hoff dowodzi na podstawie spostrzegania klinicznego przeszło 100 przypadków chorobowych, iż niejednokrotnie przy prawidłowym stanie nerek uzyskał korzystne wyniki leczenia u chorych na gruźlicę płuc.

Nie wdając się w bliższy krytyczny rozbiór przytoczonego powyżej farmaceutycznego przepisu sporządzania leku, zawierającego arsen i kwas cynamonowy, musimy ze swej strony wyrazić wątpliwość, czy wobec trudnego rozpuszczania się kwasu arsenawego w wodzie (kwas arsenawy rozpuszcza się po długim czasie w wodzie w rozczynie 1%, a arsenian potasowy w tem samem rozcieńczeniu nieco szybciej) i łatwego ulatniania się kwasu arsenawego przy ogrzewaniu, środek przez Hoffa polecony zawiera rzeczywiście podaną ilość arszeniku.

Mniejszą wartość leczniczą przypisuje kwasowi cynamonowemu w gruźlicy płuc Fryc Fränkel z Heidelbergu. (Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsaüre. Deutsches Archiv f. klin. Medicin 65. Bd. 5 u. 6 H. 1900).

Wychodząc z założenia, iż jest obowiązkiem klinicysty, rozporządzającego większym materyałem szpitalnym, zbadać każdy środek leczniczy, choć nie swoisty, działający korzystnie w przebiegu gruźlicy płuc, podjąłem odnośne doświadczenia z hetolem na moim oddziale, a to tem bardziej, że do tego zachęcały mnie korzystne wyniki, podawane przez Landerera i Heussera. Do doświadczeń używałem hetolu z fabryki chemicznej „Kalle & Comp.“ w Biebrich nad Renem, a stosowałem wyłącznie wstrzykiwania rozczynów hetolu do żył. Postępowałem ściśle według prawideł antyseptyki. Po dokładnem obmyciu ramienia i przegubu łokciowego rozczynem 1‰ sublimatu, a następnie 96% wyskokiem i eterem, tudzież po założeniu opaski elastycznej, uciskającej w górnej części ramienia, w celu wywołania nabiegnięcia żył w przegubie łokciowym, a tem samem dokładnego ich zarysowania, wstrzykiwałem strzykawką Prawatza rozczyny hetolu do żył. Strzykawkę przed każdym zabiegiem dokładnie wygotowywałem w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej 0·6% przez 5 — 6 kwadransy w celu zupełnego wyjałowienia i następnie po każdorazowem użyciu przepłókiwałem wyjałowionym rozczynem 0·6% soli kuchennej. Toż samo i rozczyny hetolu, sporządzone na rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, zagotowywałem przed każdem użyciem na 5 minut w celu wyjałowienia. Wstrzykiwania wykonywałem co 2 lub 4 dzień, ściśle według wskazówek Landerera, poczynając od dawki 0,0005 gm. i zwiększając każdym razem w miarę dozwalających okoliczności o 0,0005 gm. W razie podniesienia się ciepłoty do 38·2° C. lub wystąpienia krwioplucia lub innych zaburzeń natychmiast przerywałem wstrzykiwania, przyczem nadmienić należy, iż w każdym przypadku, przeznaczonym do leczenia wstrzykiwaniami hetolowemi, przez cały czas pobytu chorego w szpitalu mierzono ściśle ciepłotę ciała trzy razy dziennie t. j. rano, w południe i nad wieczorem koło godz. 6-ej. W ten sposób poddałem leczeniu hetolem 43 chorych na gruźlicę płuc, przyczem w 25 przypadkach leczenie ograniczyłem wyłącznie do stosowania wstrzykiwań śródżylnych rozczynów hetolu, a w 18 przypadkach oprócz tychże wstrzykiwałem podskórnie i kwas arsenawy. Wogóle wykonałem wstrzykiwań hetolowych 924, zużywając w całości hetolu 4.136 gm. i nigdy nie zauważyłem jakiegokolwiek powikłania po wstrzykiwaniach śródżylnych; owszem chorzy zabieg ten bardzo dobrze i bez wszelkiego odczynu miejscowego znosili.

Wynik doświadczeń przedstawia się następująco:

I. Wyleczenie mogłem zauważyć w jednym przypadku.

1) Wasserberger St. l. 33. Od 6 tygodni chory; kaszel, rozwolnienie; poty; od 4 dni krwioplucie. Przyjęty na oddział 12/9.

St. praes. C. 37·8° C; w obu szczytach przytłumienie, zwłaszcza w lewym; tamże szmery oddechowe nieoznaczone, zbliżone do oskrzelowego; rzężenia dość liczne. W moczu ślad białka. Badanie na prątki według skali Czaplewskiego: Cz.[1]) = $\frac{2}{\infty}$; plwociny w skąpej ilości, śluzowo-ropne.

Przez dziesięć dni spostrzegania klinicznego stwierdzić można: poty silne, dreszcze, kaszel częsty, plwociny w skąpej ilości od czasu do czasu z domieszką krwi świeżej; stan podgorączkowy. Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 22/9; waga ciała wynosiła 50 kg 50 dk. Ukończono zaś wstrzykiwania 6/11; waga ciała: 56 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 46 dni; wykonano 23 wstrzykiwań. a wstrzyknięto wogóle 135 mg. hetolu = 0.135 gm.; najwyższa dawka wynosiła 0,01 gm.

Po drugiem wstrzyknięciu poty i dreszcze ustąpiły; również ustąpił i stan podgorączkowy. Kaszel mniejszy, stolec zaparty. Stan chorego z każdym dniem lepszy; raz tylko podczas całego spostrzegania klinicznego wystąpiły nad wieczorem po zastrzyknięciu w porze przedpołudniowej 0,005 hetolu — poty; później ich nie było. Apetyt ciągle dobry; kaszel mały; brak plwocin.

31/XI wypuszczono chorego ze szpitala. Przy badaniu stwierdzić można było tylko w szczycie prawym wypuk krótszy bez rzężeń i zaostrzone tamże szmery oddechowe: zresztą brak jakichkolwiek zmian chorobowych w płucach. Białkomocz ustąpił. Chory czuje się znacznie silniejszy; trawi doskonale. W ciągu 46 dni przybyło chorego na wadze w czasie stosowania wstrzykiwań śródżylnych hetolowych o równe 6 kilogr.

[1]) Licznik oznacza ilość prątków; mianownik ilość pól widzenia.

W 3 miesiące potem badałem chorego w szpitalu; stan jego niezmieniony; w skąpej plwocinie brak prątków gruźliczych pomimo, iż przez ów czas pełnił obowiązki posługacza publicznego i ożenił się.

II. Przypadki, w których przy stosowaniu wstrzykiwań rozczynów hetolu do żył nastąpiło znaczne polepszenie, przedstawiają się pokrótce następująco:

2) Piątek M. l. 27. Od kilku miesięcy chory; od miesiąca pogorszenie, kaszel, kłucie w bokach, gorączka, poty. Przyjęty na oddział 15/9. *St. praes.*: C. 37·8° C. W szczycie lewym stłumienie, szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte świstami, furczeniami, rzężeniami. Zresztą szmery oddechowe zaostrzone, pokryte tu i owdzie świstami. Śledziona duża, twarda. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{1}$; plwociny obfite, ropne. Przez 7 dni spostrzegania klinicznego stwierdzić można częsty kaszel. poty i dreszcze, które po chininie ustąpiły. Rozpoczęto wstrzykiwania 22/IX; waga ciała wynosiła 51 kg. 20 dk. Ukończono zaś wstrzykiwania 10/XI; waga ciała wynosiła 55 kg. 20 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 54 dni; wykonano 27 wstrzyknięć, a wstrzyknięto wogóle 184 mg. = 0·184 gm. hetolu; najwyższa dawka wynosiła 0.01 gm. hetolu.

W czasie pierwszych wstrzykiwań wkrótce po wstrzyknięciu pojawiała się ciepłota 37·4° — 37·8° C, małe poty; później objawy te ustąpiły i tylko od czasu do czasu ciepłota wieczorna dochodziła do 38°—38·2° C., co jednak po części raczej należało odnieść do zimnicy (po chininie ustąpiła), a nie do działania hetolu. Po 16 wstrzyknięciu aż do końca brak zupełny gorączki, apetyt doskonały, trawienie bardzo dobre, kaszel mały, odpluwanie skąpe.

11/XI. Chory czuje się znacznie lepiej; brak zupełny dreszczów i potów. Kaszel b. mały; odpluwanie skąpe; w plwocinach brak prątków. W obu szczytach stwierdzić można zaledwie przytłumienie, zaostrzone szmery oddechowe; w szczycie lewym zaledwie na szczycie wdechu skąpe furczenia. Chorego przybyło na wadze w ciągu 54 dni o równe 4 kg.

Dnia 23/I 1900 r. zgłosił się znów na oddział z powodu kaszlu i gorączki, która jednak dopiero od kilku dni miała się pojawić. Waga ciała wynosiła wówczas 52 kg. 70 dk. Badanie wykazało rozległe świsty i furczenia obok przytłumienia w obu szczytach, a zwłaszcza w szczycie lewym, i rzężenia tamże. W plwocinach skąpe prątki. Chory pozostawał w leczeniu szpitalnem przed 38 dni, przyczem dostał 19 wstrzyknięć śródżylnych hetolowych o łącznej zawartości 57 mg. = 0·057 gm., przyczem najwyższa dawka wynosiła 0.0045 gm. I wówczas chory znosił doskonale wstrzykiwania i dn. 3/III opuścił szpital w takim stanie, jak w dniu 11/XI r. 1899, a z przybytkiem na wadze o 5 kg. 30 dk.

3) Sredniawa Andrzej l. 19. Od 6 tygodni chory; poty i dreszcze, kaszel, osłabienie. Przyjęty do szpitala 21/IX.

St. praes.: Płuco prawe; z przodu stłumienie do 2 żebra, z tyłu do grzebienia łopatki; z głębi rzężenia dźwięczne, szmery oddechowe zbliżone do oskrzelowego. Płuco lewe: z przodu stłumienie do 3 żebra, z tyłu do $1/2$ łopatki; oskrzelowy, rzężenia dźwięczne. Poty obfite; C. 38·3° C, badanie na prątki: Cz. = $\frac{5-8}{1}$. Przez 7 pierwszych dni stan jednaki, tylko gorączka nieco mniejsza.

Rozpoczęto wstrzykiwanie hetolu 28/IX; waga ciała 46 kg. 48 dk. Ukończono wstrzykiwania 10/XI; wykonano 22 wstrzykiwań, a wstrzyknięto wogóle 132·5 mg. = 0·1325 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,01. Po 6 wstrzyknięciu kaszel prawie ustał; stan stale bezgorączkowy; dreszcze i poty ustały; trawienie prawidłowe, apetyt doskonały. Chory czuje się lepiej. Stan taki utrzymuje się przez cały czas leczenia.

11/XI: *St. praes.*: Chory czuje się znacznie lepiej, jest silniejszy. Kaszel nieznaczny, plwociny skąpe, ropne. Płuco prawe: z przodu do 2-go żebra, z tyłu do grzebienia łopatki przytłumienie; brak rzężeń; szmery oddechowe zbliżone do oskrzelowego. Płuco lewe: Z przodu przytłumienie do 2-go żebra, wdech i wydech nieoznaczony, pokryty rzężeniami skąpemi; z tyłu do $1/2$ łopatki odgłos przytłumiony, wdech i wydech zaostrzony ze skąpemi rzężeniami. Chorego przybyło na wadze o 4 kg. 72 dk.

4) Wolfkram Antoni l. 59. Od 3 miesięcy kaszel, osłabienie, poty chrypka, rozwolnienie. Przyjęty na oddział 22/IX.

St. pr.: W szczytach, zwłaszcza w lewym wypuk krótszy; szmery oddechowe nieoznaczone; na całej powierzchni płuc świsty, furczenia. Ciepłota ciała 37·7°—37·8° C; rozwolnienie. Badanie wziernikowe krtani, dokonane na oddziale laryngologicznym, wykazało: *Erosiones laryngis.* Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{\infty}$.

Przez 6 dni spostrzegania klinicznego utrzymywał się stan ten sam. —

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 28/IX; waga ciała wynosiła 47 kg. Ukończono wstrzykiwania hetolu 26/XI; waga ciała 50 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 62 dni; wykonano 31 wstrzyknięć, a wstrzyknięto wogóle 214·5 mg. = 0·2145 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,01 gm.

Chory znosił wstrzykiwania doskonale; gorączki nigdy nie było. Ciepłota ciała 36·8—37° C: po 4 wstrzyknięciu ustąpiły poty, dreszcze i rozwolnienie: apetyt bardzo dobry, kaszel mniejszy. Chrypka ustąpiła 30/X. Jedyny objaw ujemny stanowiły bóle w krzyżach. Na wadze przybyło chorego o 3 kg. 50 dk.

Korzystny stan chorego utrzymywał się i po zaprzestaniu wstrzykiwań hetolowych.

Chory opuścił szpital dn. 5/XII, przyczem oględziny kliniczne stwierdziły: Stan sił chorego dobry. W samym szczycie prawym zagęszczenie bez rzężeń; w szczycie lewym zaledwie skąpe rzężenia na szczycie wdechu. Chrypki niema. Dnia 14/XII chory dla braku zajęcia wrócił do szpitala, gdzie przebywał do 7/I 1900. Przez czas ten również nie można było stwierdzić ani gorączki, ani potów, ani dreszczów, tylko mierny kaszel. Stan płuc nie uległ zmianie. Dnia 20/III r. 1900 chory został na trzeci zawód przyjęty do szpitala, a naówczas stwierdzić było można w szczycie lewym przytłumienie do grzebienia łopatki z dość licznemi furczeniami i rzężeniami, tudzież stan podgorączkowy i poty.

5) Mitka Józef l. 50. Chory od 6 miesięcy; kaszel, poty, dreszcze, ogólne osłabienie. Przyjęty do szpitala 23/IX 1899.

St. pr.: Płuco prawe w szczycie do 2-go żebra z przodu, a do grzebienia łopatki z tyłu okazuje przytłumienie; tamże oskrzelowy wdech i wydech; rzężenia. Płuco lewe okazuje w samym szczycie wypuk krótszy, skąpe świsty i furczenia. Poty mierne, dreszcze; stan podgorączkowy. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{3}{1}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania hetolu 28/9; waga ciała wynosiła 53 kg. 50 dk. Ukończono wstrzykiwania 2/XI; waga ciała wynosiła 55 kg. 50 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 36 dni; wykonano 19 wstrzyknięć, a wstrzyknięto wogóle 92·5 mg. = 0·0925 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,0095 gm. hetolu. Waga ciała zwiększyła się o równe 2 kilogr.

Po czwartem wstrzyknięciu ustąpiły poty i dreszcze; kaszel mniejszy, plwociny skąpsze. Trawienie dobre. Chory znosił wstrzykiwania bardzo dobrze. Po 19 wstrzyknięciach stan znacznie lepszy. Ból w piersiach. Chory 3/XI nagle z powodu rodzinnych stosunków opuścił szpital.

6) Wyroba Teofila l. 62; przyjęta do szpitala 23/5 1899. Chora przebywała w szpitalu od 23/V — 22/IX 1899. Przez cały ten czas gorączka trawiąca, 39·5—40° C, z obfitymi potami, wyniszczeniem ogólnem; obfite plwociny ropne, brak zupełny łaknienia; osłabienie tak znaczne, iż sama kroku nie może zrobić. Tętno nitkowate; leki wszelkie bezskuteczne.

22/IX. *St. praes.*: Zagęszczenie w szczycie prawym, świsty, furczenia; w szczycie lewym stłumienie do 3-go żebra z przodu, a do grzebienia łopatki z tyłu; tamże wdech i wydech nieoznaczony; skąpe rzężenia. Badanie na prątki: Cz. = $\frac{2}{\infty}$.

Rozpoczęto wstrzykiwania 10/IX; waga ciała 35 k. 15 dk. Ukończono wstrzykiwania 10/XI; waga ciała 35 kg. 75 dk. Po 14 wstrzyknięciu waga ciała wynosiła 36 kg. 15 dk. Okres wstrzykiwań wynosił 50 dni; wykonano 25 wstrzyknięć; wstrzyknięto w całości 153 mg. = 0,153 gm. hetolu; największa dawka wynosiła 0,015 gm.

Po 7 wstrzyknięciu gorączka spada z 39° C na 37·3° C; poty i dreszcze ustępują. Apetyt doskonały (przedtem zupełny brak); siły lepsze. Po 19 wstrzyknięciu stan chorej zadawalniający; w szczycie prawym szmery oddechowe zaostrzone, bez rzężeń; plwociny skąpe. Po 4 dniach atoli ciepłota dochodzi do 38° C wieczorem, występują

skąpe poty bez dreszczów nad ranem; kaszel nieznaczny i skąpe odpluwanie.

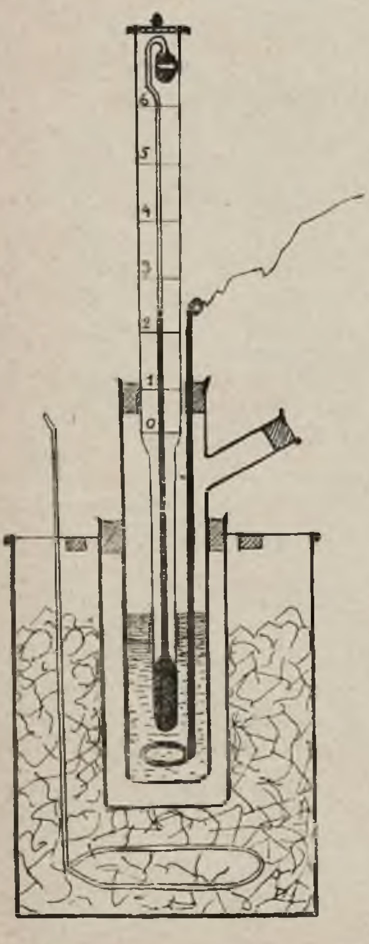
Chora opuściła szpital dn. 11/XI 1899 z polepszeniem i to wśród następującego stanu płuc: Wypuk w szczycie prawym krótszy: tamże z głębi słyszalne furczenia, wdech i wydech nieoznaczony. W szczycie lewym z przodu przytłumienie do 2go żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki bez rzężeń. Chora, która poprzednio nie mogła się przejść o własnych siłach, swobodnie obecnie chodzi. (C. d. n.)

II. Oznaczenie punktu zamarzania (kryoskopia) moczu.

Podał
Dr. W. D. Moraczewski.

(Podług wykładu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem).

Tak zwana kryoskopia czyli „badanie lodu“ należy do coraz więcej uprawianych sposobów badania chemicznego. Wprowadzona przed 15 laty przez Raoulta do chemii organicznej znalazła od kilku lat zastosowanie w fizyologii, w chemii klinicznej i zdaje się, że badanie moczu wzbogaciło się przez to niepoślednio.



Kryoskopia jest tylko jedną gałęzią wspaniałego rozwoju nowożytnej chemii teoretycznej, powstałego dzięki pracom całego szeregu uczonych, którzy dawniejsze myśli i nowe poglądy wprowadzili do nauki chemii, wspierając je zdobyczami, poczynionemi w dziedzinie fizyki i matematyki.

Zasadniczą podstawą kryoskopii jest dokładne oznaczenie punktu zamarzania rozczynów. Przyrząd służący do tego zaopatrzony jest w czuły termometr, którego stopnie, podzielone na sto części, pozwalają odczytywać temperaturę z wielką ścisłością. Termometr zanurza się w płynie badanym, zawartym w grubej próbówce, próbówka ta spoczywa w innej szerszej, a a ta wreszcie w słoju napełnionym tłuczonym lodem i solą. Mięszaninę lodu i soli utrzymuje się w jednostajnej ciepłocie przez mięszanie drutem, zagiętym w formie pętli. Płyn, którego punkt zamrażania badamy, utrzymujemy w ciągłym ruchu przez lekkie mieszanie drucikiem platynowym, który poruszamy zapomocą sznureczka, przeciągniętego przez bloczek. Tym sposobem możemy mięszać z pewnej odległości i ciepłem oddechu nie wpływamy na termometr. Ponieważ termometr podzielony na tak wiele części byłby za długi, używamy tak zwanych stopni dowolnych na termometrze skróconym.

Jest to termometr, mający 6 do 8 stopni, zaopatrzony oprócz zwykłego zbiornika rtęci u dołu w zbiornik z rtęcią u góry. Do tego górnego zbiornika możemy zawsze część rtęci wydalić, albo z niego zaczerpnąć. Zostawiamy w termometrze tyle rtęci, żeby punkt zamarzania wody znajdował się w połowie skali, albo nieco powyżej. Gdyby wypadał zanadto wysoko, albo zanadto nisko, możemy w pierwszym razie przez ogrzanie termometru wypędzić trochę rtęci do do zbiornika; w drugim wypadku możemy przez mechaniczne ruchy wpuścić trochę rtęci ze zbiornika do rurki włoskowatej. Ustawiliśmy słupek rtęci tak, że koniec jego sięga stopnia 5,39 przy zamarzaniu wody. Punkt ten obliczamy z pięciu zgadzających się z sobą oznaczeń. Jeżeli teraz oznaczymy punkt zamarzania moczu, to otrzymamy przeciętną liczbę np. 4,75, obniżenie zatem będzie 0,64. Oczywiście, że obniżenie będzie to samo, choćbyśmy termometr ustawili na innym stopniu. Np. lód tworzy się przy 6,00 według innego termometru; wtedy ten sam mocz marznie przy 5,36, obniżenie 0,64. To nazywamy dowolną skalą albo dowolnemi stopniami (willkürliche Skala). Sposób odczytywania jest bardzo łatwy. Napełniwszy probówkę 10 ctm. sz. wody umieszczamy w niej termometr tak, żeby dolny zbiornik z rtęcią zanurzał się zupełnie. Wstawiamy obie probówki w mięszaninę lodu z solą i mięszamy wodę ustawicznie. Od czasu do czasu mięszamy i płyn oziębiający. Termometr opada powoli, potem przy wydzieleniu lodu podnosi się raptownie w górę i staje na pewnym punkcie skali. To jest punkt zamarzania wody, który daje się łatwo odczytać, bo rtęć na nim stoi długo. Chwila podnoszenia się rtęci trwa krótko, i nie zawsze mozna odczytać dokładnie punkt odpowiedni, punkt ten ma jednak podrzędne znaczenie. Zupełnie podobnie odczytujemy punkt zamarzania moczu lub innego płynu. Bierzemy, jak poprzednio, 10 cm. moczu lub płynu i postępujemy wogóle wedle wskazanych zasad.

Tyle co do technicznej strony badania.

Już w roku 1788 wykrył Blagden zależność ciepłoty zamarzania od zawartości soli w roztworze i określił tę zależność, biorąc w rachubę odsetkowy skład roztworu. Prawie w sto lat potem, bo w r. 1861, podjął tę samą sprawę Rürdorff i zupełnie niezależnie od pracy Blagdena, która prawie nikomu nie była znaną, wyprowadził te same prawa ze swych doświadczeń. Jeżeli M jest zawartością soli w rozczynie, t obniżeniem ciepłoty, to $\frac{t}{M}$ jest ilością stałą np. dla chlorku potasowego (KCl).

M	t	$\frac{M}{t}$
1	0.45°	450
2	0.90°	450
4	1.80°	450
6	2.65°	442

W roku 1871 i 1872 Coppet zająwszy się tą sprawą wykazał, że prawa, wykryte przez Blagdena i Rurdorffa stosują się do rozczynów przesyconych i wprowadził ważną zmianę w obliczaniu, bo po raz pierwszy zaczął obliczać obniżenie ciepłoty w stosunku do zawartości cząsteczkowej płynów.

Wykazał w ten sposób, że obniżanie ciepłoty krzepnięcia jest dla wszystkich soli mniej więcej stałe. Zamiast rozpuszczać np. 1 gr. soli kuchennej, 1 gr. chlorku potasowego, 1 gr. saletry potasowej, rozpuszczał Coppet 58.5 gr. soli kuchennej [Na=23, Cl=35.5;23+35.5=58.5], 74.5 gr.

chlorku potasowego [K = 39, Cl = 35.5; 39 + 35.5 = 74.5], 101.0 gr. saletry potasowej [K = 39, N = 14 O_3 = 16 × 3; 39 + 14 + 48 = 101] to jest, brał z każdej soli ilość gramów, odpowiadającą ciężarowi cząsteczkowemu. porównywał tzw. normalne rozczyny albo cząsteczkowe rozczyny. Skutkiem tego było wykrycie większej i ogólniejszej prawidłowości obniżania punktu zamarzania.

Wreszcie w r. 1782 rozpoczął Raoult pracę nad obniżeniem punktu krzepnięcia i zbadał przedmiot ten we wszystkich kierunkach. Od czasów Raoulta, albo raczej od chwili kiedy teorya Van t' Hoffa rzuciła jasne światło na wykryte przez Raoulta cyfry, datuje się początek kryoskopii. Prace Raoulta przez kilka lat nie cieszyły się należytem uznaniem, olbrzymiej ich doniosłości zrazu nie oceniono, dopiero Ostwald, Beckmann (1888), Hollemann i inni zwrócili na nie uwagę, zbudowali dokładne przyrządy i poczęli podejmować badania we wszelkich przypadkach.

Wzór, podług którego obliczyć się daje zawartość soli, jeżeli znane jest obniżenie ciepłoty jest $M = K \frac{m}{t}$; gdzie K jest stałą, oznaczającą obniżenie ciepłoty, właściwe wodzie, kwasowi octowemu, fenolowi itp. płynom, których używamy, jako środków rozpuszczających. Dla wody stała ta = 18·6 i oblicza się z wzoru $K = 0.02 \frac{T^2}{W}$; T jest bezwzględną ciepłotą krzepnięcia t. j. 273; W jest ciepłem utajonem krzepnięcia 79; 0.02 jest 0·2417 × 0.0819 (Liter atmosphera pomnożona przez ciśnienie przy bezwzględnej ciepłocie)

$$\left[\frac{1033000}{42750} = 2417;\ \frac{22{,}35}{278} = 0.0819\right]$$

Otóż wzór $M = K \frac{m}{t}$ pozwala obliczyć ciężar cząsteczkowy *M*, jeżeli jest znana ilość rozpuszczonych gramów *m* i obniżenie *t*, pozwala równie dobrze obliczyć ilość rozpuszczonych gramów *m*, jeżeli znany jest ciężar cząsteczkowy *M* i obniżenie *t*

Wzór wysnuty ze spostrzeżeń daje się wyprowadzić teoretycznie i obliczenia według niego zgadzają się ze spostrzeżeniami.

Doniosłość odkryć Blagdena, Coppeta, Rürdorffa, Raoulta nabrała znaczenia w świetle teoryi Van t' Hoffa, który wykazał zgodność wyników kryoskopii z tem, co wykazało badanie ciśnienia osmotycznego zależnie od zawartości soli. Mniejsze lub większe obniżenie punktu wrzenia odpowiadało mniejszemu lub większemu ciśnieniu osmotycznemu i dla zrozumienia doniosłości badania kryoskopowego dla fizyologii, musimy przedewszystkiem objaśnić osmotyczne ciśnienie i jego prawa.

Abbé Nollet wspomina poraz pierwszy w połowie 18-go stulecia o przechodzeniu wody przez pęcherz. Od tej pory pisali o tem liczni uczeni, którzy niejako na nowo odkryli to samo zjawisko. Tych nowych odkryć było dużo, bo zapomniano o pracy Nolleta, zapomniano o pracy Parrot 1815 i dopiero od czasów Fischera i Dutrocheta stała się osmoza niejako własnością nauki i stanowiła przedmiot badań Magnusa, Liebiga, Brückego, Ludwiga, Traubego i wielu innych. W ostatnich czasach prace Pfeffera („Osmotische Untersuchungen“ 1877) przyczyniły się do ugruntowania praw tego zjawiska, a teorya Van t' Hoffa podniosła znaczenie ich do niespodziewanych wyżyn.

Osmotyczne ciśnienie spostrzegamy wtedy, jeżeli dwa płyny o rozmaitem stężeniu przedzielone są warstwą, której przekroczyć nie mogą cząsteczki soli, w płynach zawarte.

Warstwa, dzieląca płyny, może mieć rozmaite własności, może przepuszczać częściowo ten lub ów składnik, rozpuszczony w płynach. Ciśnienie osmotyczne zmieniać się będzie oczywiście zależnie od tych własności. Dla ścisłego badania jego praw musimy stworzyć przeponę, nie przepuszczająca żadnych cząsteczek, prócz wody. Wtedy rozczyn soli, oddzielony taką przeponą, okazywać będzie pewne ciśnienie, które daje się mierzyć manometrem i doprowadza do wsiąkania pewnej ilości wody. Wsiąkanie trwać będzie dopóty, dopóki ciśnienie słupa wody nie zrówna się z ciśnieniem osmotycznem, jakie wywierała sól. Ciśnienie osmotyczne jest zwykłem „rozchodzeniem się“ cząsteczek soli w wodzie. Jeżeliby przepony nie było, cząsteczki soli wędrowałyby po całej przestrzeni w kierunku mniejszego stężenia, wędrowałyby dopóty, dopóki cały płyn nie nabrałby jednolitego stężenia. Podobnie rozchodzi się gaz w powietrzu dopóty, dopóki otaczające go powietrze nie będzie jednolicie z nim zmięszane. Podobnie rozchodzi się ciepło promieniujące. Wszystkie te zjawiska należą do tego samego szeregu, są przejawem ruchu postępowego. Ruch ten wzmaga się oczywiście w cieple, słabnie przy obniżeniu ciepłoty, a ustaje przy teoretycznem czyli bezwzględnem zerze t. j. w ciepłocie —273°. Jeżeli tedy ruchowi temu stawiamy opór, to oczywiście ruch przemieni się w ciśnienie, ciepło, albo inną formę energii, opór stawiany musi odczuwać na sobie wysiłki tak zwanych cząsteczek, które zmusza zawarta w nich energia do ruchu postępowego. Wyobraźnia uczonych przyjęła pojęcie cząsteczek w gazach, choć oczywiście nikt cząsteczek takich nie oglądał i snując dalej to przypuszczenie przyjmuje zawartość cząsteczek w roztworach. Czem jest powietrze dla gazów, tem woda dla soli. Czem jest opór tłoka dla gazów, tem opór przepony dla soli, bo ani tłoka, ani przepony gazy i sole nie przejdą. Gazy przesuwają tedy tłok, a cząsteczki „przesuwają przeponę“ dopóty, dopóki energia ich nie wyrówna energii, zawartej z drugiej strony przepony. Wyrażenia „przesuwanie przepony“ użyliśmy, jako przenośni, bo właściwie przepona pozostaje na miejscu, tylko woda przenika ją dopóty, dopóki nie wyrówna osmotycznego ciśnienia.

Po tem porównaniu z gazami, które przeprowadziliśmy powyżej, z łatwością pojmiemy, że ciepłota, która działa przyspieszająco na ruchy cząsteczek, musi podnosić ciśnienie osmotyczne, że ilość ruchów cząsteczek wpływa wprost na wielkość ciśnienia, że zatem rozcieńczenie lub stężenie odpowiada gęstości gazów, tj. odpowiada ilości cząsteczek gazów w pewnej objętości. Słowem musimy przyjąć, że ciała w roztworze zachowują się, jak gdyby były gazami, że cukier w formie gazowej cisnąłby tak na tłok, jak ciśnie w formie rozczynu na przeponę. Ciśnienie osmotyczne jest tedy wielkiem źródłem energii, która przenosi wodę z płynów rozcieńczonych do płynów stężonych, która przenosi wodę z komórek do płynów i z płynów ku komórkom; jest to jeden z powodów ruchu wody w każdym ustroju.

Przekonano się dzięki niezliczonym doświadczeniom, że ciśnienie osmotyczne nie zależne jest od składu chemicznego płynu. 3.43% rozczyn cukru wywiera takie samo ciśnienie jak 0.60% rozczyn mocznika i t. p. Wszystkie rozczyny,

zawierające w litrze wody tyle gramów ciała chemicznego, ile waży jego cząsteczka, t. j. ile razy cięższa jest od cząsteczki wodoru, wywierają jednakie ciśnienie. Przekonano się dalej, że wszystkie sole, kwasy i zasady, słowem wszystkie ciała, które przeprowadzają elektryczność i jednocześnie rozkładają się przez prąd, że wszystkie te ciała cisną prawie dwa razy silnej, niż nieelektrolity. Im więcej rozcieńczony płyn, tem więcej zbliża się ciśnienie osmotyczne do wielkości dwa razy większej, niż ciśnienie — nieelektrolitów.

Przyjęto zatem, że elektrolity (sole, kwasy, zasady) rozpadają się w rozczynie na składowe swe części, na jony (ἰὼν = chodzący) i że każdy jon ciśnie jako odrębna cząsteczka.

Badanie ciśnienia osmotycznego jest utrudnione, bo wymaga czułego manometru i dokładnie przygotowanych naczyń. Starano się tedy wynaleźć inne sposoby n. p. fizyologiczny, który polega na zjawisku plasmoliny, wykrytem przez Pringsheima 1854. Zjawisko plasmolizy, czyli odrywania się pierwoszczy od ścianek komórki, polega na ciśnieniu osmotycznem, jakie wywiera rozczyn soli na pierwoszczę. Pierwoszcza tracąc wodę, która przechodzi do rozczynu soli, kurczy się i wskutek tego od ścianek się odsuwa. Pierwoszcza w rozczynie więcej rozcieńczonym, niż jej sok, rozszerza się i rozrywa ścianki. Jest to znowu wpływ ciśnienia osmotycznego. Wreszcie w rozczynach, które nie przewyższają swem stężeniem — stężenia pierwoszczy, w rozczynach izoosmotycznych, pierwoszcza zachowuje swą postać bez zmiany. Otóż nie trudno było wykazać, że wszystkie izomolekularne rozczyny były izoosmotyczne, że w rozczynie $^1/_5$ normalnym cukru utrzymują się n. p. czerwone ciałka krwi tak samo, jak w $^1/_5$ normalnym rozczynie mocznika, acetonu i t. p. Przekonano się dalej, że elektrolity cisną dwa razy silniej t. j. że $^1/_{10}$ normalny rozczyn soli kuchennej, tak zwany fizyologiczny rozczyn soli, odpowiada $^1/_5$ normalnemu rozczynowi cukru etc. (c. d. n.)

III. **Z Zakładu fizyologicznego Prof. Dra Becka we Lwowie.**

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej *(humor aqueus)*.

Podał

Dr. Adam Szulisławski.

(Dokończenie).

IV. Wpływ środków, podnoszących ciśnienie krwi. Jednym z głównych, chociaż nie jedynym, bodźcem wydzielania cieczy wodnej jest różnica ciśnienia krwi i ciśnienia śródocznego. Łatwo zrozumiemy, że różnica ta w dwojaki sposób może uledz zmianie. Jak z jednej strony mogą i muszą na nią wpływać wszelkie zmiany w ciśnieniu śródocznem, cośmy w I. ustępie rozpatrywali, tak z drugiej strony ten sam skutek muszą wywoływać wahania w ciśnieniu krwi. Wywoływaliśmy je bądź to drażnieniem niektórych nerwów, bądź też wprowadzeniem odpowiednich substancyi do krwi.

Z doświadczenia wiemy, że drażnienie dośrodkowego końca n. kulszowego pociąga za sobą zazwyczaj, choć nie zawsze, podwyższenie ciśnienia krwi. Kilkakrotnie też ze zmiennym skutkiem stosowaliśmy je, co w tablicach jest uwidocznione. Przytoczymy tu tylko jeden przypadek. (Doświadczenie XIV. l. 71). Drażnienie n. kulszowego, przy odległości cewek 18, nie podwyższa ani ciśnienia krwi, ani wydzielania cieczy wodnej (71 a.) Stosujemy prąd silniejszy (odległość cewek 11, potem 10. (71. b. c.)) i otrzymujemy podwyższenie ciśnienia krwi i znaczne zwiększenie wydzielania. Podobny skutek miewaliśmy i w innych doświadczeniach. Możemy więc śmiało powiedzieć: Drażnienie nerwu kulszowego sprowadza tylko wówczas podwyższenie wydzielania cieczy wodnej, jeżeli wywołało podwyższenie ciśnienia krwi. W przeciwnym razie pozostaje bez wpływu na wydzielanie.

Jednym z najpewniej działających sposobów na podwyższenie ciśnienia krwi w tętnicach u zwierząt kuraryzowanych, jest wstrzymanie sztucznego oddechania, czyli duszenie. Używaliśmy tego sposobu zawyczaj pod koniec doświadczenia, a więc wówczas, gdy siły zwierzęcia już znacznie podupadły, a wydzielanie z natury rzeczy musiało się zmniejszyć. Otrzymywaliśmy jednak prawie stale znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej — naturalnie jako wyraz podwyższonego ciśnienia krwi. Z początkiem duszenia krople dość szybko po sobie wypływają, w ciągu kilku minut zazwyczaj wydzielanie ustaje, a równocześnie z ustaniem ruchów serca, cofa się płyn w rurce, a źrenica się rozszerza. Tak, że patrząc na rurkę możemy z całą pewnością i dokładnością oznaczyć chwilę skonu.

Z przetworów, wprowadzanych do żył, omówimy najpierw wynik wstrzyknięcia wyciągu z nadnercza. (Doświadczenie XII). W 14″ wzgl. 17″ po wstrzyknięciu 5 gr. 1% rozczynu, występuje równocześnie z ogromnem podwyższeniem ciśnienia krwi znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej i trwa przez 1′40″. Źrenice gwałtownie się rozszerzają, a naczynia tęczówki ulegają tak gwałtownemu napięciu, że pękają jedno po drugiem i krew obficie występuje na powierzchnię tęczówki. Przy powtórnem zastrzyknięciu 6 gr. 1% rozczynu (l. 62) otrzymujemy ten sam wynik, również po trzeciem (l. 64). A więc: podwyższenie wydzielania, rozszerzenie źrenicy, krwotok z tęczówki. W tem doświadczeniu używaliśmy wyciągu z nadnercza psa. W następnych dwu (XIII. l. 68 i XIV. l. 73) używaliśmy natomiast wyciągu z nadnercza człowieka, lecz bez żadnego wyniku dodatniego, a nawet w doświadczeniu XIII. (l. 68) otrzymaliśmy obniżenie ciśnienia krwi i zmniejszenie wydzielania. Wielce prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, że użyte nadnercze ludzkie musiało być chorobowo zmienione i skutkiem tego straciło znamienne swoje właściwości. Ale i ten ujemny wynik nie jest bez znaczenia dla naszych celów. Świadczy on bowiem wymownie o zależności wydzielania cieczy wodnej od wysokości ciśnienia krwi.

Niezmiernie wybitnem i pewnem jest także działanie nikotyny. Wiadomo, że jest ona jednym z najdzielniejszych środków, pobudzających ośrodek naczynioruchowy i że na tej drodze podwyższa ogólne ciśnienie krwi (B. Surmiński). Z drugiej strony zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, a świadczą również o tem doświadczenia Hippla i Gruenhagena (l. c.), że posiada ona zdolność także miejscowego działania w pewnych ograniczonych okręgach naczyniowych. Autorowie ci podniósłszy ucisk śródoczny przez podwiązanie tętnicy głównej do $106{\cdot}5^m/_m$ słupa rtęci — zakraplali kroplę nikotyny do worka spojówkowego i sprowadzali tem dodatkowe podwyższenie ciśnienia

śródocznego do 127·5 $^{m}/_{m}$ słupa rtęci. Posiadając tak dzielny i niezawodny środek podwyższenia ciśnienia zarówno w naczyniach śródgałkowych, jak i ogólnego ciśnienia krwi, użyliśmy go w naszych celach. Wkroplenie do worka spojówkowego sprowadzało zawsze wybitne podwyższenie wydzielania i to nawet w takich przypadkach, gdzie poprzednimi zabiegami znacznie obniżono ciśnienie krwi, lub gdzie zwierzę długotrwającem doświadczeniem było bardzo wycieńczone, a wydzielanie wogóle bardzo leniwo się odbywało, lub nawet zdawało się wygasać. W innych przypadkach znowu, gdzie już istniało przyspieszenie, wywołane innym zabiegiem n. p. wstrzymaniem oddechania (XI l. 58 i 59), lub wstrzyknięciem wyciągu z nadnercza (D. XII. l. 64 i 65), a więc środkami, podnoszącymi ciśnienie krwi, wkroplenie nikotyny zwiększało jeszcze poprzednie przyspieszenie. Przy wielokrotnem jednak zastosowaniu nikotyny występowało, podobnie jak to bywa przy wszystkich innych zabiegach, (o czem już wyżej wspomnieliśmy), osłabienie skutku. W doświadczeniu XIII. (l. 69), pierwsze zakroplenie powoduje przyspieszenie, trwające przez 3'40'', przyczem 1 kr. przypada na 27''; po drugiem przyspieszenie trwa tylko 2'23'', a krople spadają co 29'' — trzecie zaś zakroplenie pozostaje już bez wpływu. Natomiast duszenie sprowadziło w tym przypadku jeszcze niewielkie przyspieszenie, przy ogólnem podniesieniu ciśnienia krwi. Działanie nikotyny, wstrzykniętej do krwi, jest piorunujące. W 8' ruchy serca stają się tak gwałtowne, że zdają się rozsadzać klatkę piersiową, a ciśnienie tak olbrzymio i nagle podskoczyło, że zanim opatrzyliśmy się, już krew trysnęła z manometru. Zaciśnięto tętnicę. A dodać muszę, żeśmy wprzód obydwa nerwy błędne odsłonili i przecięli. Wśród tego wydzielanie cieczy wodnej znacznie przyspieszone. Po 10' ruchy serca stają się coraz spokojniejsze, a ciśnienie zwolna opada.

Nadmienić tu muszę, że wszystkie te środki, które podnosząc ciśnienie krwi sprowadzają zwiększenie wydzielania cieczy wodnej, wywołują także czasowe rozszerzenie źrenicy, które tak długo tylko się utrzymuje, jak długo trwa podwyższenie ciśnienia i z niem razem się cofa. Jak dalece ucisk śródoczny jest zależnym od ciśnienia krwi, świadczy o tem okoliczność, że wszelkie, chociażby drobne w niem zmiany, odczytać możemy na ruchach płynu, wypełniającego rurki (é). Podczas wdechu stwierdzić można wyraźne cofanie się zwisającej kropli, a wypuklenie się jej podczas wydechu. Nadto w razie podwyższenia się ciśnienia krwi, spostrzegamy obok ruchów oddechowych, także inne, współczesne z tętnem.

Samo przez się nasuwa się tu pytanie, jakiem byłoby działanie powyższych środków przy nienaruszonej gałce, t. j. gdy nadmiar wytwarzającej się cieczy wodnej nie ma swobodnego odpływu. Na podstawie bardzo prostego rozumowania możemy wyrobić sobie o tem pewne wyobrażenie. W pierwszej zaraz chwili podniesienia ciśnienia krwi nastąpić musi zwiększenie wydzielania. Z każdą atoli przybywającą cząsteczką podwyższa się ucisk środoczny, który, jak z jednej strony wpływa tamująco na wydzielanie, tak z drugiej strony przyspiesza wessanie t. j. wydalanie cieczy wodnej z przedniej komórki. W takiem urządzeniu posiada oko samo przez się mechanizm, umożliwiający mu utrzymanie równowagi między przychodem a rozchodem, dozwalający więc w warunkach fizyologicznych na drobne tylko wahania ucisku śródocznego. Wszystko to oczywiście tylko wtedy, jeśli przypuścimy zupełną sprawność dróg odpływowych, — w przeciwnym bowiem razie musi nastąpić trwałe podwyższenie ucisku śródocznego ze wszystkimi towarzyszącymi mu objawami.

V. Wpływ środków limfopędnych *(Lymphagoga)*. Z pierwszej gromady należących tu środków wstrzykiwaliśmy tylko wyciąg z jelit psa (D. XI l. 53. 54. 56. 57). Pierwsza dawka wywołała znaczne przyspieszenie, druga mniejsze i krócej trwające przyspieszenie. Atropina, wkroplona teraz do worka spojówkowego, sprowadziła opóźnienie, lecz nie zatamowanie wydzielania. Wśród tego ciśnienie krwi znacznie się obniżyło. Dalsze dwie dawki wyciągu jelit (po 5 sz. cm. 10% rozczynu) sprowadzają ogromny spadek ciśnienia krwi. Ruchów serca wcale wyczuć nie można. Tętno na tętnicy udowej ledwie wyczuwalne, bardzo przyspieszone (około 300 na minutę). Zupełne zatamowanie wydzielania, trwające około 15'. Dopiero wstrzymanie oddechania (chociaż niezupełne, bo ślad samoistnych ruchów oddechowych, mimo kurary, widoczny), sprowadza podwyższenie ciśnienia krwi i przywraca wydzielanie, które silnie się wzmaga po zakropleniu jednej kropli nikotyny do worka spojówkowego.

Na podstawie powyższego doświadczenia stwierdzić można, po pierwsze, że wyciąg jelit psa obniża ciśnienie krwi, powtóre, że przyspiesza wydzielanie cieczy wodnej tylko w pierwszych dawkach, t. j. gdy obniżenie ciśnienia krwi nie dosięgło bardzo znacznego stopnia, w przeciwnym bowiem razie wraz z upadkiem ciśnienia występuje zupełne zatamowanie wydzielania.

Z przetworów, należących do drugiej gromady, otrzymywaliśmy po wstrzyknięciu rozczynu cukru gronowego (D. VII. 34. i 40; D. VIII. 46) nawet w mniejszej ilości, niż Heidenhein zaleca, bo około 1,5 gr., zamiast 3,4—5 gr. na klgr. wagi zwierzęcia, stale znaczne bardzo przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej.

Nieco odmiennem, a zwłaszcza niestałem, było działanie rozczynów soli kuchennej. W doświadczeniu VIII l. 46. otrzymaliśmy po soli kuchennej wyraźne przyspieszenie wydzielania, nie oznaczono jednak wśród tego ciśnienia krwi. Natomiast innym razem (D. XIII. l. 67) wystąpiło nawet słabe zmniejszenie wydzielania przy równoczesnem obniżeniu ciśnienia krwi i znacznem bardzo osłabieniu akcyi serca. Przytem wyraźnie podnieść muszę, że zmniejszenie to wydzielania w porównaniu ze znacznem obniżeniem ciśnienia krwi wydawało się niestosunkowo małem. (Prawidłowe wydzielanie 1 kr. co 63''; po soli kuchennej 1 kr. co 72''). Zupełnie inaczej znowu ułożyły się stosunki w doświadczeniu XIV. l. 76. Przed wstrzyknięciem spadają krople w równych odstępach czasu, co 120'' jedna. Natychmiast po wprowadzeniu rozczynu soli podnosi się ciśnienie krwi, a równocześnie wydzielanie niemal w czwórnasób się wzmaga (1 kr. co 36'') tak, że odnosi się jednak to wrażenie, jakoby przyspieszenie wydzielania było znaczniejsze, niżby to odpowiadało wysokości ciśnienia krwi.

W jednem doświadczeniu (XIV. l. 72) wstrzyknęliśmy do żyły 40 gr. 12% rozczynu mocznika i otrzymaliśmy obok obniżenia ciśnienia krwi, niezbyt znaczne, ale zawsze wyraźne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej w porównaniu z wydzielaniem normalnem. Samoistnie wypływała 1 kr. co 67'', podczas gdy obecnie 1 kr. co 60''. Przyczem podnieść należy, że ciśnienie krwi opadło

zaraz przy rozpoczęciu wstrzykiwania i utrzymywało się stale na tej samej wysokości, a pierwsze krople spadały co 46"—47", tak, że przyspieszenie było niewątpliwe i wyraźne.

Stwierdzenie tego szczegółu posiada dla naszych celów pierwszorzędną wartość, dowodzi bowiem, że środkom tym wogóle, a w szczególności mocznikowi (podobnie jak wyciągowi jelit psa) musimy przyznać pewne swoiste własności, wpływające dodatnio na wydzielanie cieczy wodnej niezależnie od ciśnienia krwi. Także wpływ soli kuchennej pośrednio zdawałby się na to wskazywać. Bo chociaż doświadczenia te z solą kuchenną wcale niedwuznacznie wykazały, jak pierwszorzędne znaczenie ma dla wydzielania cieczy wodnej ciśnienie krwi, to jednak zauważyliśmy i takie odnosiliśmy wrażenie, jakoby opóźnienie wydzielania było mniejsze, niżby to odpowiadało spadkowi ciśnienia, natomiast przyspieszenie wydzielania znaczniejsze, niżby się należało spodziewać po niewielkiem podwyższeniu ciśnienia.

Do czynników, wpływających na wydzielanie limfy, możemy na podstawie doświadczeń Kowalskiego[1]) zaliczyć także podniety termiczne. Chęć zbadania ich wpływu na wydzielanie cieczy wodnej dała początek niniejszej pracy, która wśród roboty rozwinęła się, zmieniła kierunek od pierwotnego założenia i objęła inne zagadnienia i pytania. Strumień ciepłej wody o 45°—50°C. (D. IV. l. 12. 14), łagodnie puszczony na rogówkę, sprowadza obniżenie wydzielania cieczy wodnej, przeciwnie zimna woda [(5°C) l. 13], sprowadza przyspieszenie. Niepodobna tutaj nie zauważyć podobieństwa w działaniu ciepłych okładów i atropiny i nie podnieść, że obydwa te środki, zastosowane w przebiegu zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, wpływają kojąco i zbawiennie, podczas gdy środki, ściągające źrenicę, i zimne okłady wprost przeciwny wywołują skutek. Widoczna więc, że gdy wśród stanu zapalnego treść przedniej komórki obok cieczy wodnej stanowi nadto wypocina zapalna, środki, ograniczające wydzielanie cieczy wodnej, obniżają napięcie i przez to wpływają kojąco.

Sądzę, że na podstawie powyższych doświadczeń możemy stwierdzić, iż środki limfopędne działają tak samo i równorzędnie na wydzielanie cieczy wodnej, jak i limfy, t. j. że przyspieszają wydzielanie.

Natomiast, jak tego dowodzą doświadczenia, wykonane w ostatnich czasach w pracowni prof. Becka[1]), wpływ środków limfopędnych i wyciągu nadnercza na czynność ślinianek (przyusznej i podszczękowej) odmiennie się przedstawia. Cukier gronowy i wyciąg nadnercza nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie śliny, pepton zaś za pierwszem wstrzyknięciem wywołał przyspieszenie wydzielania, za drugiem pozostał bez wpływu.

Rozpatrzmy, o ile okoliczności te mogłyby się przyczynić do wyjaśnienia zagadnienia co do istoty cieczy wodnej?

Ciecze t. zw. surowicze, które od osocza względnie surowicy krwi różnią się w składzie swym chemicznym tylko pod względem ilościowym, uważa fizyologia[2]) wprost za limfę, ze względu na to szczególnie, że wszystkie one zawierają ciałka limfatyczne i pozostają w połączeniu z naczyniami limfatycznemi. Podaję tabelkę porównawczą (według K. B. Hoffmanna) z podręcznika Hermanna:

Na 1000 części	Wody	Części stałych	Istot białk.	Istot fibrinotwór.	Istot wyciąg.	Soli
Osocze krwi	908·4	91·6	71·1	9·2	4·8	7·4
Surowica krwi	913·2	86·7	72·5	—	6·4	7·8
Płyn osierdziowy	948·1	51·9	38·8	0·7	4·7	7·5
Ciecz wodna[2])	986·9	13·1	1·2	—	4·2	7·5
Liquor cerebr.-spin.	988·2	11·8	?	—	?	9·5

Widzimy więc, że w samym składzie chemicznym, który bądź co bądź jest najznamienniejszym dla ocenienia istoty danego płynu, nie znachodzimy różnic jakościowych, lecz tylko ilościowe, które nie wykluczają bynajmniej bliskiego pokrewieństwa cieczy wodnej i limfy. A i te ilościowe różnice, polegające w pierwszym rzędzie na braku istot włóknikotwórczych, wyrównują się, skoro wydzielanie cieczy wodnej odbywa się w podobnych warunkach, jak wydzielanie limfy, t. j. skoro zmniejszymy znacznie, lub zniesiemy ciśnienie śródoczne. Wówczas bowiem, jak to wykazały liczne doświadczenia (Hippel, Gruenhagen, Jesner, Greef i w. i.) zwiększa się znacznie ilość białka, jak i istot włóknikowych cieczy wodnej, tak, że nowo wytworzona ciecz szybko i obficie krzepnie. Muszę tu podnieść, że w naszych doświadczeniach bardzo rzadko, wyjątkowo tylko, spotykaliśmy skrzepy w rurkach, co przypisać należy tej okoliczności, że wyjątkowo się tylko zdarzało, abyśmy coś cieczy wodnej przy wkłuwaniu igiełek uronili, a powtóre, że wydzielanie odbywało się zawsze pod pewnem ciśnieniem, mniejszem wprawdzie od prawidłowego, ale zawsze w warunkach, bardzo zbliżonych do fizyologicznych, że przeto warunków, potrzebnych do wydzielania cieczy wodnej, obfitującej w istoty włóknikotwórcze, nie było.

Zauważyć nadto należy, że jak z jednej strony budowa ciałka rzęskowego, a więc tego narządu wydzielniczego, stanowczo nie posiada koniecznych anatomicznych warunków budowy gruczołowej, tak z drugiej strony wytwór jego t. j. ciecz wodna nie ma znamion swoistej wydzieliny gruczołowej. Każdy gruczoł bowiem stosownie do danych mu właściwości przetwarza i przerabia, czy to zapomocą ułatwienia dyfuzyi pewnym składnikom krwi, czy to zapomocą złożonych spraw chemicznych, w ten sposób materyał, przez krew mu doprowadzany, że w swoistej wydzielinie gruczołowej znachodzimy niektóre istoty w większej ilości, niż we krwi, lub nawet takie, do których krew wprawdzie dostarczyła materyału, ale ich sama w tym składzie nie zawiera. To też jest znamieniem wydzieliny gruczołowej, a w cieczy wodnej daremniebyśmy czegoś podobnego szukali, bo skład

[1]) O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych. (Z pracowni fizyol. Prof. Dr. Becka). *Przegląd lekarski* 1899.

[2]) Wiadomość o tych, dotychczas nieogłoszonych jeszcze doświadczeniach zawdzięczam uprzejmości Prof. Becka.

[2]) Dla uzupełnienia obrazu dodać muszę, że Deutschmann w cieczy wodnej człowieka, dotkniętego moczówką cukrową, wykazał cukier. Natomiast Chabbas wykrył cukier w cieczy wodnej u psów, kotów i królików; Jesner (l. c) zaś nadto w oczach świńskich, baranich i wolich, przyczem zrobił to ciekawe spostrzeżenie, że po śmierci znika cukier z cieczy wodnej, pozostawianej w przedniej komórce, natomiast nigdy nie znika z cieczy wodnej, wypuszczonej za życia i przechowanej w naczyniu. Pautz wykazał w ciałku szklanem i cieczy wodnej wołów: mocznik, cukier gronowy i kwas paramlekowy (*Zeitschrift f. Biologie XIII.* S. 212—243).

jej chemiczny tylko pod względem ilościowym różni się od surowicy krwi i limfy.

Natomiast w wynikach doświadczeń Nicatiego nie możemy się dopatrzeć, jak to słusznie Leber podnosi, żadnego istotnego dowodu na poparcie jego twierdzenia, jakoby ciałko rzęskowe było gruczołem, a ciecz wodna wydzieliną gruczołową, zależną bezpośrednio od wpływu nerwów. Gdybyśmy bowiem zapomnieli nawet o stronach ujemnych sposobu badania, którym Nicati się posługiwał, (co powyżej omówiliśmy) i wyrobili sobie zupełne zaufanie do wyników, otrzymanych zapomocą owego sposobu, to i tak nie moglibyśmy się zgodzić na wnioski, które Nicati wyprowadza i uważa za jedynie usprawiedliwione i pewne.

Jeżeli n. p. po przecięciu nerwu trójdzielnego, przecięciu jednej połowy rdzenia przedłużonego, lub wycięciu jednej półkuli mózgowej otrzymywał Nicati przyspieszenie wydzielania, to wnosił z tego, że w nerwie trójdzielnym i to w wewnętrznej jego części przebiegają włókna, hamujące wydzielanie cieczy wodnej. A więc brak ich musi wywoływać przyspieszenie. Tymczasem daleko łatwiej i swobodniej, a zwłaszcza bez uciekania się do jakichś przypuszczalnych nerwów tamujących da się wytłómaczyć to przyspieszenie poraźnem rozszerzeniem naczyń śródgałkowych, zmianami w krążeniu i ciśnieniu krwi, które po takim zabiegu są konieczne i łatwo zrozumiałe. — Jeżeli przeciwnie przecięcie nerwów rzęskowych sprowadza zupełne zatamowanie wydzielania, to nie usprawiedliwia to jeszcze przypuszczenia, że są one nerwami wydzielniczymi. Jak bowiem z jednej strony nie da się prawie pomyśleć, aby wykonanie tej operacyi było możliwe bez równoczesnego przecięcia, lub przynajmniej ciężkiego obrażenia naczyń rzęskowych, tak z drugiej strony, gdyby się to nawet udało, nierównie prościej dałoby się wytłómaczyć opóźnienie wzgl. zatamowanie wydzielania znowu zmianami w krążeniu i obniżeniem ciśnienia w naczyniach śródgałkowych.

Jedną atoli okoliczność (na którą Nicati sam wcale nie zwrócił uwagi) możnaby przytoczyć, a która mogłaby dać nieco do myślenia i usprawiedliwiała poniekąd mniemanie, że myśl pochodzenia gruczołowego cieczy wodnej nie ze wszystkiem jest pozbawiona pewnych pozorów słuszności. Jest to zachowanie się wydzielania cieczy wodnej pod wpływem atropiny i pilokarpiny, podobne, a przynajmniej zbliżone do zachowania się wydzielin innych gruczołów pod wpływem tych środków. W wytłómaczeniu tego zjawiska trzebaby znowu uciec się do zmian krążenia i ciśnienia w naczyniach śródgałkowych, a zwłaszcza zważyć szczególne warunki miejscowe, wśród których się ono odbywa, tak odmienne od stosunków we wszelkich innych narządach. Oprócz tego jest rzeczą nader znamienną, że nawet nie wszystkie gruczoły wobec tych środkow jednakowo się zachowują. Doświadczenia Simona [1]) n. p. wykazały, że atropina i pilokarpina dla soku żołądkowego nie są wcale antagonistami, lecz że działają równorzędnie t. j. zmniejszają i opóźniają wydzielanie soku żołądkowego. Jeżeli nadto przypomnimy sobie, że atropina tamuje zupełnie wydzielanie cieczy wodnej tylko po pilokarpinie, lecz zupełnie nie znosi nawet przyspieszenia, już nie mówiąc o wydzielaniu, wywołanego innymi środkami, a przytem zauważymy, że działanie jej tamujące w oku po wykonaniu irydektomii jest 5—6 razy silniejsze, niż w oku bez irydektomii (u tego samego zwierzęcia), przyjdziemy do przekonania, że byłoby co najmniej nieostrożnie, chcieć na podstawie tego jedynego podobieństwa w zachowaniu się wydzielin gruczołowych i cieczy wodnej, wysnuwać zbyt daleko idące wnioski i zrównać je między sobą. A to tembardziej, że wszelkie inne objawy, jak to wyżej przedstawiliśmy, przeczą temu, najwymowniej zaś zachowanie się wydzielania cieczy wodnej pod wpływem środków limfopędnych, które, zwłaszcza wobec odmiennego oddziaływania ślinianek na te środki, już samo przez się stanowiłoby niemal ścisły dowód bardzo bliskiego pokrewieństwa między limfą i cieczą wodną.

W końcu niechaj mi wolno będzie złożyć szczere podziękowanie Prof. Drowi Beckowi za pomoc w pracy i cenne wskazówki, asystentom zaś zakładu fizyologicznego, kolegom Drowi Feuersteinowi i Hołobutowi za ofiarną i wydatną pomoc przy doświadczeniach. —

[1]) Ueber den Einfluss des künstlichen Schwitzens auf die Magensaftsecretion. *Zeitschrift f. klin. Med.* XXXVIII. S. 140.

IV. Wyciągi.

Deckard. **Rozszerzanie szyi balonami w praktyce.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 17 i 18, 1900). Autor zachwala użycie balonów do rozszerzania szyi w praktyce prywatnej, opierając się na doświadczeniu sześcioletniem w poliklinice wrocławskiej. W tym czasie rozszerzania balonem użyto 42 razy, a tylko w 8 przypadkach z powodów technicznych nie osiągnęto pożądanego skutku. Jako główną zaletę tego sposobu leczenia podnosi autor to, że lekarz może uniknąć zupełnie obrotów trudnych przy ujściu mało rozwartem, co znowu największą odgrywa rolę w postępowaniu przy łożysku przodującem. Śmiertelność dzieci przy łożysku przodującem, leczonem rozszerzaniem balonami, wynosiła tylko 30%, zwykle przekracza 50%. W przypadkach łożyska przodującego należy balon wprowadzić do wnętrza jaja przez przebicie błon, a nawet samego łożyska, gdy ono leży środkowo (centralnie), zakładanie bowiem balonu między łożysko, a ściany szyi, może niedokładnie tamować krwotok. Dla matki użycie balonów w przypadkach łożyska przodującego było bardzo dobre, gdyż zawsze wstrzymywało pewnie krwotok i szybko wywoływało dobre bóle porodowe. Prócz przypadków łożyska przodującego używał autor balonów do rozszerzania ujścia przy położeniach poprzecznych po pęknięciu pęcherza przy ujściu mało rozwartem, przy przedwczesnym odpływie wód płodowych dla wzniecenia bólów porodowych, dla wzniecenia przedwczesnego porodu i poronienia, wreszcie raz użył tego sposobu z bardzo dobrym skutkiem przy przewlekłem odklejaniu się łożyska, prawidłowo uczepionego; w rzucawce nie miał sposobności użyć balonu dla rozszerzenia szyi, ale sądzi, że jest to sposób bardzo dobry.

Jako balonów używał zwykłych kolpeuryterów Brauna, wypełniał je roztworem sublimatu 1:10,000 do pojemności 60 cm. Balon w przypadkach autora najpóźniej rodził się po 10 godzinach, mimo że nigdy autor zbytnio go nie obciążał i zań nie ciągnął. Na podstawie tego doświadczenia poleca autor balon każdemu lekarzowi praktycznemu, aby zaś balon taki za często się nie psuł, można go nie gotować, tylko wyjałowić przez mycie mydłem, wyskokiem i sublimatem i przez stałe przechowywanie go w sublimacie, który balonów nie psuje. *St. D.*

Schüle. **O różnicy między ciepłotą pachy i odbytnicy, zwłaszcza w przypadku ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Woch.* 1900, Nr. 18). Na podstawie własnych poszukiwań stwierdza autor, że różnica między ciepłotą pachy a odbytnicy u ludzi niegorączkujących przeciętnie wynosi 0,6° C (minim. = 0·0°, maxim. = 1,5° C). Najwyższa ciepłota pod pachą (u ludzi niegorączkujących) wynosi 37·2, w odbytnicy 37·8 (wyjątkowo nawet 38·5). U chorych gorączkujących różnica ta staje się mniejszą i przeciętnie wynosi 0,4°. Wyjątek stanowią przypadki, w których chodzi o ropne zapalenie otrzewnej lub wyrostka robaczkowego. Tam bowiem różnica jest większa i to znacznie i dochodzić może do 1,5° C, np. pod pachą 38·3, w odbytnicy 39·5. Na tę

okoliczność zwrócili już dawniej uwagę Madelung, Lenander, Helferich, Graser i Penzoldt, a obecne badania S. potwierdzają ją. *Herman.*

G. Michaelis. **Dwa przypadki wrodzonej niedomiarowości głowy.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 18, 1900). Największa część spotwornień płodowych zawdzięcza swe powstanie przyczynom mechanicznym; zdanie to pierwszy wypowiedział Winckel, uzasadniając odpowiednimi przypadkami. Autor spostrzegał dwa przypadki wrodzonej niedomiarowości głowy *(microcephalia)*; nie było to u obu płodów jedyne spotwornienie, lecz u każdego z nich istniał jeszcze cały szereg wad rozwojowych. Ta właśnie mnogość zniekształtnień u jednego i tego samego płodu dowodzi,.że musi się je odnieść do jednej i tej samej przyczyny. Autor tłómaczy niedomiarowość głowy w obu przypadkach jako wynik zbyt małej pojemności owodni, która nie dozwoliła odpowiednio główce się rozwijać. Inne nieprawidłowości, jakie u tych samych płodów napotkał, jak szczeliny na twarzy, odsznurowanie członków palców, odnosi znowu autor do działania nieprawidłowych zrostów między płodem a owodnią. *St. D.*

Dr. A. Strubell. **Nowy przyczynek do leczenia wąglika.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 19, 1900). Autor polemizuje z zasadami, wygłaszanemi przez uczniów Bramanna, który zaleca w przypadkach wąglika leczenie wyczekujące, uważając nawet każdy zabieg chirurgiczny za „błąd w sztuce“. Postępowanie to wydaje się Str. nieodpowiedniem, a opierając się na dwóch spostrzeżeniach ze zejściem pomyślnem, zaleca gorące (do + 60° C.) kataplasmy, zmieniane co kilka minut, na samą wrzodziankę i obfite wstrzykiwanie w obwód jej 3% rozczynu kwasu karbolowego, aż do 20 sz. ctm. na dobę. *Herman.*

Dr. C. Grothe. **Przyczynek do leczenia nawykowego wywichnięcia stawu barkowego.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 19, 1900). Po dwukrotnem wywichnięciu ramienia, skutkiem zadziałania urazu, nabył 27-let. mężczyzna nawykowego wywichnięcia tego stawu i w następstwie, przy każdem niemal uniesieniu ręki, lub odprowadzeniu jej ku tyłowi, występowała typowa *luxatio subcoracoidea.* U chorego tego wykonał Drecsmann zwężenie torebki sposobem, zalecanym przez Mikulicza, Steinthala, Delnera i Krumma, t. j. cięciem Ollier-Hütera odsłonił torebkę, przeciął ją podłużnie, wzrokiem i dotykiem przekonał się, że w częściach, składających staw, prócz nadmiernego rozszerzenia torebki, zmian anatomicznych niema, pocżem nasunął brzeg zewnętrzny rany torebki na wewnętrzny i w tem położeniu brzegi ustalił szwami z katgutu, zdwajając w ten sposób przednią ścianę torebki. Wynik ostateczny był bardzo dobry. *Herman.*

Prof. Muscatello. **W sprawie zapaleń i zrostów błon surowiczych.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 20, 1900). Z powodu pracy Heinza *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 7, 1900.) stwierdza M., że jeszcze w r. 1896 wykazał, iż przed powstaniem zrostów zawsze na błonach surowiczych spotyka się wypocinę włóknikową, jak to także Heinz opisuje. Natomiast nie zgadza się M. ze zdaniem Heinza, jakoby brak śródbłonka zawsze poprzedzał powstanie, był warunkiem, a poniekąd przyczyną zrostów; przeciwnie udowodnił M. doświadczalnie, że zniszczenie śródbłonka samo przez się nie sprowadza zrostów błon surowiczych, i że z drugiej strony obecność śródbłonka wcale powstaniu zrostów nie przeszkadza, jeżeli istnieją inne warunki, to jest przedewszystkiem, jeżeli wytwarza się wypocina włóknikowa. Głównym zatem warunkiem powstania zrostów jest, zdaniem M., zawsze zapalenie powierzchni surowiczych. *C.*

Siegel. **Badania w sprawie etyologii ostrych osutek.** *(Deutsch. med. Wochenschr.* Nr. 19, 1900). W skrawkach drobnowidowych z krost ospy krowiej zawsze, a w krowiance często spotykał S. trojakie twory: brunatnawe kule średnicy 10—18 μ., których ściana składa się z warstwy zewnętrznej, promienisto prążkowanej i zewnętrznej gładkiej i niekiedy okazuje pęknięcia; dalej mniejsze kule, średnicy 6—8 μ., jaśniejsze, niekiedy zawierające jądro, które zdają się stanowić zawartość owych większych kul, a same mogą się rozpadać na bardzo liczne, bardzo drobniutkie ciałka, mierzące nie więcej jak 1/4 μ. średnicy. Podobne twory spotykał S. także w zarazie pyskoworacicowej. *C.*

Zeitschrift fur Tuberculose und Heilstättenwesen (tom I. zeszyt I).

1. Fränkel (Berlin). **Kropelkowate zakażenie (*Tröpfchen-Infektion*) gruźlicą i sposób zapobiegania temu.** — Drobnowidowe badania 393 masek, noszonych przez chorych gruźliczych w ciągu 24 godzin, wykazały 40 razy prątki gruźlicze, pomimo, że te maski wydawały się na oko zupełnie czystemi, — z czego wynika, że i ten sposób nie mało się przyczynia do ochrony przed zakażeniem gruźliczem. W przypadkach zaś, w których z jakichkolwiek bądź przyczyn nie można zaprowadzić noszenia masek, a chorzy leżą w mniejszej od siebie odległości, niż 1 m., radzi autor rozpostarcie nad łóżkami suchotników drelichowych parasoli ochronnych, dających się łatwo wyjałowić.

2. Schrötter (Wiedeń), **W sprawie wyleczenia gruźlicy.** Wysyłanie gruźliczych chorych na południe nie jest koniecznem, jeśli w odpowiednich okolicach kraju istnieją dobrze urządzone i prowadzone domy zdrowia. Chory bowiem, względnie uleczony w okolicy nieco ostrzejszej, zwykle bywa odporniejszym na zmiany powietrza, aniżeli ten, który wraca z południowego łagodnego klimatu do swej, w północnej części kraju położonej, stałej siedziby; oczywista, że dla klas zamożniejszych pozostają i nadal stacye klimatyczne południowe odpowiednie na zimniejszą porę roku. Wreszcie żąda autor, by chorych gruźliczych — tak ze względu na ich własne dobro, jak i na otoczenie — nie przyjmowano do zwykłych szpitali, lecz by ich umieszczano jedynie w zbudowanych na ten cel domach zdrowia.

3. Turban (Davos). **Dziedziczność *loci minoris resistentiae* w gruźlicy płuc.** — Według Kocha nie odziedzicza się gruźlicy płucnej, jako takiej, lecz skłonność do niej, czyli te wszystkie właściwości, które przyczyniają się do rozwoju zarodków chorobowych, jeśli one raz dostały się do ustroju. Wielkie ma tu znaczenie tzw. budowa suchotnicza (*habitus phthisicus*). Dokładniejsze badania i spostrzeżenia, dokonane na 121 osobach, należących do 55 rodzin, wykazały, że bardzo często u rodziców suchotniczych i ich dzieci lub między rodzeństwem, jedna i ta sama okolica płuc bywa gruźliczo zmieniona.

4. Gebhard (Lubeka). **Zwalczanie gruźlicy a nowa ustawa o ubezpieczeniu chorych.** Autor z naciskiem zaznacza uchwałę krajowego zakładu ubezpieczeń dla miast hanzeatyckich, że postępowanie lecznicze ma być stosowane także u członków rodzin ubezpieczonych w tych wszystkich cierpieniach, po których spodziewać się można, iż z biegiem czasu sprowadzić mogą częściową lub zupełną niezdolność do pracy; uchwała ta jest wprost skierowaną do niesienia pomocy chorym gruźliczym.

5. Prof. Cornet (Berlin). **O kilku najbliższych zadaniach w sprawie badań nad gruźlicą.** Autor zaleca: *a)* Na podstawie międzynarodowego porozumienia się ma być ściśle określone i ograniczone pojęcie gruźlicy, (*Tuberculosis*) jako takiej, *b)* stosunek zmarłych na gruźlicę ma być oznaczony do ogólnej liczby żyjących, a nie do ogólnej liczby śmiertelności wreszcie *c)* zaprowadzenie ścisłej statystyki chorób i śmiertelności wskutek gruźlicy tak w miastach, jak i po wsiach, przyczem ma być i płeć uwzględniona.

Schröder. **O nowych środkach i przetworach odżywczych, stosowanych w gruźlicy.** Przeciw uporczywemu kaszlowi zasługuje na uwagę dionina w dawkach po 0,01—0,03; heroinę (0,005!) należy podawać ostrożnie z powodu łatwości zatrucia. W duszności pochodzenia gruźliczego bardzo skutecznie działa oxykamfora w proszkach po 0,50 3 razy dziennie, albo: Rp. *Sol. oxycamph.* (*50%*) *10,00 Spirit. vini 20,00*, *Succ. Liquir. 10,00*, *Aq. dest. ad 150,00 MDS.* 3 łyżki dziennie. Z leków, skierowanych wprost przeciw gruźlicy, wymienia autor thiocol (3,00—10,00 dziennie) lub sirolinę i sulfosot kilka łyżeczek dziennie, — towarzyszącą zaś gorączkę lub biegunkę usuwa zapomocą utrophenu lub aspiryny, a względnie zapomocą jodoformu z tanniną; z tanocolu (po 1,00) nie wiele spodziewać się należy. Na podniesienie ogólnego stanu bardzo korzystnie wpływa plasmon (po 30,00 — 60,00), zasługujący na rozpowszechnienie dla swej taniości i szybkiej wessalności — w równej mierze działają także lewatywy z tranu (*ol. jecor. aselli*) w ilości 30,00—50,00. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Dr. A. Seibert. **Zastosowanie ichtyolu w leczeniu płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* N. F. 51. I B. 3 H. 1900). Nie posiadając środków antytoksycznych przeciw płonicy dążyć należy w leczeniu do niszczenia miejscowo jadu chorobowego, o ileby na tem nie ucierpiał stan ustroju. Opierając się na zalecanych przez Curgevena i Priestleya nacieraniach ciała olejem żywiczniowym (*eucalyptus*) na podanych przez Allana Jamiesona nacieraniach oliwą 3% karbolową i t. d. podał Prof. Seibert w r. 1895 nacierania całego ciała w przebiegu płonicy 5—10% maścią ichtyolowo-lanolinową co 6—12 godzin. Korzystne wyniki tego leczenia polegają na tem, iż: 1) świąd i obrzmienie skóry znika natychmiast, 2) skórę chroni się od powstania rozpadlin i następowych nacieków różycowatych i posokowatych, 3) ciepłota ciała znacznie się obniża, 4) niepokój i bezsenność znacznie się zmniejsza. Autor stosował swój sposób z wielką korzyścią w 56 przypadkach, podając równocześnie wewnętrznie rozczyn jodowo-karbolowy, (Rp. *Tinctura jodi 2, Kali jodati 1. Aquae dest. 120.00 Acidi carbolici guttas* X S. co godzinę łyżeczka). Przy tem leczeniu zauważył autor, iż okres łuszczenia skóry skraca się, a natężenie jego znacznie się zmniejsza, przez co

prawdopodobieństwo zakażenia otoczenia jest znacznie mniejsze. Uwzględniając dwie nader korzystne własności ichtyolu, mianowicie to, że nie jest on trującym nawet w większych dawkach u małych dzieci i że działa zabójczo nawet w słabych rozczynach na paciorkowce, jak to wykazał Abel, zastosował autor w przypadkach zmian w gardle i nosie w przebiegu płonicy przestrzykiwania ¼ litr. 5% rozczynu ichtyolu co 6 godzin we dnie i w nocy. We wszystkich przypadkach, leczonych tymi sposobami, przebieg choroby znacznie się skracał, powikłania zdarzały się nader rzadko, nigdy zaś nie dostrzegano jakichkolwiek objawów ubocznego działania ichtyolu.

Dr. Bolesław Komorowski.

Prof. Dehio, **Zakaźny rumień plamisto-krostkowy w połączeniu z mieszkowem zapaleniem migdałków.** (*St. Petersb. med. Woch.* Nr. 9, 1900). W przypadku, wymienionym w nagłówku, przyjmuje autor za punkt wyjścia całej sprawy chorobowej zapalenie migdałków, które dopiero w dalszym przebiegu pociągnęło za sobą ogólne zakażenie ustroju, objawiające się wysoką gorączką (40°—41°), zajęciem sfery umysłowej, przypadłościami żołądkowo-jelitowemi i wreszcie wymienioną wysypką, znamienną nadto symetrycznem usadowieniem się i następowem łuszczeniem. Opisany jest wprawdzie drugi podobny przypadek, w którym rzeczona wysypka po dłuższych (rocznych) przerwach kilka razy się powtarzała w następstwie cierpienia narządu oddechowego, — łuszczenia jednak nie było.

Dr. Henryk Pisek.

R. Bernhardt. **Lasecznik zielonej ropy w drogach moczowych.** (*Gazeta lekarska* 1900, Nr. 6, 7). Przytoczone przez autora przypadki z piśmiennictwa pozwalają wnosić, że lasecznik zielonej ropy (*b. pyocyaneus*) w niektórych razach żyje w narządach bez widocznej szkody dla samego narządu i całego ustroju (n. p. w kiszkach): w innych znowu przypadkach wywołuje czysto miejscowe zapalenie surowicze lub ropne. W wyjątkowych jednak razach przenika on z tych ognisk miejscowych do krwiobiegu i powoduje ogólne zakażenie. B. robił doświadczenia z prątkiem ropy błękitnej, otrzymanym w czystej hodowli z przypadku przerostu gruczołu krokowego z przewlekłem zapaleniem pęcherza i miedniczek nerkowych oraz ostrem zapaleniem przyjądrza prawego i na podstawie tych doświadczeń dochodzi do wniosku, że tylko podrażniony, osłabiony pęcherz, może być podatnym gruntem dla rozwoju tego prątka, zdrowy zaś wydala go w bardzo krótkim czasie.

M. B.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

SPRAWOZDANIE

Komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Wydziału krajowego z czynności jego Departamentu V. za czas od 1 grudnia 1898 do 31 października 1899 roku.

Wysoki Sejmie!

Zaprzeczyć się nie da, że poczucie potrzeby naprawy stosunków zdrowotnych budzi się pomiędzy ludnością Galicyi coraz szerzej i że coraz częściej i żywiej podejmuje ludność sama akcyę w tym kierunku. Dowodem tego bardzo w tym względzie w latach ostatnich ożywione działanie wielu Rad powiatowych, jak Husiatyn, Gorlice, Dolina, Kałusz, Sokal, Skałat, Bóbrka, Śniatyn, Krosno, dzięki czemu kilka nowych szpitali powstało, inne się organizują, inne się wreszcie przebudowują i rozszerzają. Akcyi tej musi przyklasnąć każdy, który znaczenie zdrowia w ekonomii społecznej i znaczenie leczenia szpitalnego pojmuje, to też Komisya sanitarna rozpoczyna tegoroczne sprawozdanie od wyrażenia uznania wymienionym Radom powiatowym za działalność w kierunku pomnożenia i ulepszenia szpitali oraz Wydziałowi krajowemu za gotowość, z jaką w granicach obowiązującej ustawy akcyę tę wspiera.

Jednakowoż to wszystko, co dotychczas zrobiono w kierunku tym, bardzo jest jeszcze niedostateczne względnie do ludności Galicyi i jej potrzeb. Prawie połowa powiatów (35) nie ma ani jednego łóżka szpitalnego, t. j. nie ma ani szpitala publicznego, ani prywatnego w swych granicach, skutkiem czego nie mniej jak 2½ miliona ludzi szukać musi szpitala po za granicami swego powiatu i z wszystkich krajów koronnych w stosunku do ludności najmniej u nas leczy się chorych w zakładach publicznych. Powiększa to straty chorobą spowodowane nietylko pod względem zdrowotnym, ale niewątpliwie i pod względem materyalnym. Zalety i korzyści, jakie przedstawia leczenie szpitalne zwłaszcza dla osób mniej zamożnych, uznaje cały świat cywilizowany, to też wszędzie równolegle z wzrostem cywilizacyi zwiększa się szybko ilość szpitali. Ile w tym kierunku u nas pozostaje do zrobienia, uwydatnia najlepiej porównanie n. p. z Czechami, które mają o 1 milion ludności mniej, a więcej o 85 szpitali z 7.725 łóżkami, tak iż w Czechach przypada 1 łóżko szpitalne na 453 osób, u nas zaś na 1.273 ludności. Stan ten winny rozważyć i uwzględnić te Rady powiatowe i te miasta, które dotychczas nie mają szpitali i jeszcze nie poczyniły starań, aby je posiąść.

Oczywista, że w miarę wzrostu liczby szpitali powszechnych i w miarę rozprzestrzenienia się ich zwiększać się musi wydatek z funduszu krajowego na koszta leczenia; wzrost ten jest stały i zwłaszcza w latach ostatnich coraz znaczniejszy i tak w r. 1897 wypłacił fundusz krajowy na koszta leczenia ubogich chorych 2,070.000 koron, zaś w roku 1898 o 430.000 koron więcej tj. 2,500.000 kor., a podobny wzrost wypadnie i na rok 1899, którego jednak zamknięć rachunkowych jeszcze nie wykończono. Wogóle wzrósł wydatek na cele zdrowia publicznego z funduszu krajowego w ostatnich 20 latach t. j. w porównaniu z rokiem 1878 o 870.842 koron; w tym czasie wzrosła liczba chorych o 35.009 osób i o 654.261 dni leczenia więcej.

Bezwzględnie biorąc, przedstawia wzrost tego wydatku wcale pokaźną kwotę, porównując go atoli z wzrostem wydatków w innych rubrykach funduszu krajowego, widzi się, że wydatki na cele zdrowia publicznego wzrosły w ostatnich 20 latach bardzo umiarkowanie i w bardzo znacznie mniejszej mierze, niż w rubrykach innych np. na cele szkolnictwa, komunikacyi i w. i. Więc nie ma powodu przerażać się tym wzrostem i dążność powstrzymania go nie odpowiadałaby potrzebie ludności, raczej przygotować się należy na to, że w najbliższych latach wzmagać się wymagania w tym kierunku muszą w większej niż dotychczas mierze. Pominąwszy bowiem wyżej wspomniany brak szpitali w wielu powiatach, jest wiele innych potrzeb odnoszących się do zdrowia, które coraz natarczywiej domagają się zaspokojenia. Uznaje je Wydział krajowy i wymienia jako naglące niemal corocznie w sprawozdaniu z Departamentu V., a nie przychodzi z wnioskiem ich zaspokojenia jedynie przez wzgląd na fundusze krajowe. Jednak to odraczanie musi znaleść swój kres, gdyż inaczej oszczędność przez nie w funduszu krajowym uzyskana odpowiada coraz mniej stratom, ponoszonym rzeczywiście przez ludność lub przez sam fundusz krajowy acz w formie odmiennej. Do potrzeb pod względem zdrowotnym naglących zaliczyć wypada: budowę domu dla obłąkanych, budowę domu porodowego w Krakowie, usunięcie przepełnienia w oddziale syfilitycznym we Lwowie, urządzenie odpowiedniego oddziału dla zakaźnych w Krakowie i we wielu szpitalach prowincyonalnych, przebudowę względnie rozprzestrzenienie kilku szpitali prowincyonalnych, z których niemal wszystkie bywają przepełnione, wreszcie roztoczenie troskliwej opieki przeciw szerzeniu się kiły.

Uzasadniać potrzeby budowy zakładu dla obłąkanych nie uważa Komisya sanitarna za właściwe wobec powziętej przez Wysoki Sejm w r. z. uchwały następującej: „Uznając potrzebę budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej części Galicyi wzywa się Wydział krajowy do poczynienia w tej sprawie potrzebnych przygotowawczych czynności.“ Wywiązując się z tego polecenia, przedstawia sprawozdanie depart. V. sposób rozwiązania tej sprawy i proponuje jako najtańszy i odpowiedni celowi wybudowanie przy zakładzie kulparkowskim kilku pawilonów, jako schroniska dla chorych nieuleczalnych, pozostawiając je pod tą samą dyrekcyą i administracyą. Ze względu jednak na stan budżetu krajowego, ogranicza się Wydział kraj. w sprawozdaniu Depart. V. na przedstawieniu swych uwag i nie przedkłada żadnego wniosku, zwłaszcza, że Wysoki Sejm na prace przygotowawcze nie udzielił jeszcze żadnego kredytu. Otóż odkładać dalej tej sprawy aż na czasy lepsze w żaden sposób nie można; przepełnienie chorych w oddziale chorych obłąkanych w Krakowie i w zakładzie kulparkowskim doszło do szczytu z ujmą dla chorych w tych zakładach pomieszczonych, a z większą jeszcze dla tych i ich rodzin, którzy w zakładach pomieszczenia nie znajdują, tych zaś jest w Galicyi według sprawozdania Rady zdrowia z roku 1896 około 2.600. Tem mniej wypada odwlekać z załatwieniem tej sprawy, skoro zakład kulparkowski wykazuje stale w dochodach nadwyżkę (w r. b. preliminowaną na 50.000 koron), w której ewentualnie zaciągnąć się mająca pożyczka na budowę, znaleść może bodaj częściowo amortyzacyę i oprocentowanie. Zresztą Komisya sanitarna zgadza się zupełnie z myślą, wypowiedzianą w roku zeszłym w Sejmie i ujętą w r. b. przez Komisyę budżetową we wniosek, aby się Wydział krajowy usilnie starał o wyjednanie na cel budowy zakładu dla obłąkanych w Galicyi dochodu z państwowej loteryi dobroczynnej. Co się tyczy rodzaju budowy wykonać się mającej, podziela Komisya sanitarna zapatrywanie sprawozdawcy Departamentu V., że obecnie najwłaściwszą będzie budowa schroniska dla chorych nieuleczalnych,

gdyż i koszt budowy schroniska wyniesie ledwie połowę kosztu budowy zakładu leczniczego i administracya oraz utrzymanie chorych mniej wydatków rocznych pociągać za sobą będą. Okoliczności te zasługują na szczególniejsze uwzględnienie zwłaszcza z tego powodu, że wobec wielkiej liczby obłąkanych, nie znajdujących pomieszczenia w istniejących dwóch zakładach, potrzebną jest budowa przynajmniej dla 500 osób. Do nowego schroniska będzie można przenieść z dwóch obecnie istniejących zakładów leczniczych, które ten charakter zatrzymać muszą, wszystkich chorych nieuleczalnych, przez co w tych zakładach opróżnią się miejsca dla chorych świeżych, specyalnego leczenia i pielęgnowania wymagających. Pytanie, gdzie schronisko dla obłąkanych budować, t. j. czy na gruntach kulparkowskich obok zakładu istniejącego, z którym schronisko mogłoby mieć wspólną administracyę, czy w części zachodniej Galicyi, jako zakład odrębny, przedstawia Komisya sanitarna Wydziałowi krajowemu do ostatecznego rozstrzygnięcia; wprawdzie w zachodniej części Galicyi ma oddział w Krakowie ledwo łóżek 70 (chorych jest obecnie 140) i już w roku 1890 uznała ankieta, zwołana przez Wydział krajowy, potrzebę budowy zakładu w Galicyi zachodniej, jednak kwestya oddalenia zakładu traci na znaczeniu wobec coraz większych ułatwień w komunikacyi, rozstrzygać zatem winno dokładne obliczenie, które wykaże, gdzie najmniejsze będą koszta budowy i gdzie uda się zaprowadzić administracyę najtaniej. Odpowiedni wniosek do Wysokiego Sejmu przedstawi Komisya na końcu swego sprawozdania.

Nie mniej niezbędną i naglącą jest budowa zakładu położniczego w Krakowie. Jej potrzebę i konieczność uznał Wydział krajowy wielokrotnie w dawniejszych sprawozdaniach i stwierdza ponownie w sprawozdaniu ostatniem. Na zapytanie jednak c. k. Namiestnictwa, czy Wydział krajowy zamierza w sesyi niniejszej Sejmu wystąpić z projektem budowy tego zakładu kosztem funduszu krajowego, odpowiedział Wydział krajowy, że ze względu na niekorzystny stan finansowy kraju nie może jeszcze obecnie przedłożyć Sejmowi wniosku o wyznaczenie na ten cel kredytu. Niewątpliwie zły stan funduszu krajowego usprawiedliwia tę odpowiedź, która jednak sprawy nie załatwia. Odpowiedź tę powtarza Wydział krajowy już od szeregu lat, a nie ma przecież usprawiedliwionej nadziei, by w najbliższej przyszłości fundusz krajowy tak się wzmógł, iżby mu zabrakło innych niezbędnych wydatków w rozmaitych rubrykach i by mógł bez trudności pokryć wydatek na budowę tego zakładu niezbędny. Gdy jednak zakład położniczy w takim stanie, jak obecnie, dłużej w Krakowie pozostać nie powinien, sądzi Komisya sanitarna, że trzeba szukać sposobu jaknajrychlejszego rozwiązania tej sprawy.

Zakład położniczy w Krakowie obejmować ma dwie instytucye rządowe: Klinikę położniczo-ginek. c. k. Uniwersytetu Jagiell. i ck. szkołę akuszerek obok oddziału ginekologicznego szpitalnego. C. k. Rząd uznaje konieczność lepszego pomieszczenia wymienionych instytucyi, wypada przeto z tego korzystać i wejść w rokowania z c. k. Rządem, aby sam przedsięwziął tę budowę, ewentualnie oświadczył, jaką kwotą do niej się przyczyni.

Gdy bardzo znaczna część zakładu używaną będzie przez instytucye państwowe, wydatek na budowę z funduszu krajowego nie może znacznej przedstawiać kwoty, a zresztą idzie tu tylko o wydatek jednorazowy. Szpital św. Łazarza wykazuje od szeregu lat dość znaczną nadwyżkę w dochodach, która mogłaby umarzać pożyczkę zaciągniętą na budowę zakładu położniczego. Wobec tego sądzi Komisya sanitarna, że czas już wielki przejść z bezczynnego uznawania potrzeby budowy do czynnej akcyi celem jej przeprowadzenia, a więc do wyboru miejsca pod budowę, opracowania programu budowy, omówienia jej strony finansowej z c. k. Rządem, wreszcie przedłożenia Sejmowi na najbliższej sesyi takich wniosków, na podstawie których możnaby do budowy przystąpić.

Sprawozdanie Wydziału krajowego wspomina każdego roku o nadzwyczajnem przepełnieniu w oddziale kiłowym męskim krajowego powszechnego szpitala we Lwowie. W sprawozdaniu ostatniem czytamy odnośnie do tej sprawy: „Trudno uwierzyć, jakie tu jest przepełnienie; o jakimkolwiek stosunku ilości chorych do kubatury powietrza według wymogów hygieny mowy nawet być nie może, bo tu postawiono tyle łóżek, ile tylko stanąć mogło, a są one tak zbliżone, że gdy chory chce położyć się do łóżka, musi prosić sąsiada, aby także się położył, albo wyszedł z przestrzeni międzyłóżkowej, bo miejsca dla obu nie ma. Prymaryusz musi codziennie łamać sobie głowę, kogo ma wydalić, aby przyjąć nowych piętnastu, którzy wstępują dziennie w przecięciu.“ Przerażający to opis; wynika z niego, że prymaryusz mimo swej znanej prawości i wielkiej sumienności zmuszony jest wydalać ze szpitala codziennie chorych, co do których nie ma przeświadczenia, że są wyleczeni w tym stopniu, iż choroby, z którą przybyli, przez zawczesne wypuszczenie rozszerzać nie będą, lub szkody na swem zdrowiu nie poniosą, gdyż inaczej wcale nie potrzebowałby sobie głowy łamać, kogo ma wydalić. Aby zrozumieć, ile się przez to złego dziać może, trzeba sobie uprzytomnić, że przez zawczesne wypuszczenie ze szpitala nie tylko naraża się osobnika wydalonego na straszne nieraz następstwa kiły nie zupełnie wyleczonej, ale nadto, że się podsyca coraz większe szerzenie się tej choroby, która nie tylko zdrowie licznych jednostek lecz całych generacyi podkopuje i niszczy. Sprawozdanie Departamentu V. wspomina (na str. 10), że z powodu wzmagania się chorób wenerycznych w kraju odbyła z inicyatywy ck. Namiestnictwa naradę ck. Rada zdrowia z współudziałem dwóch specyalistów, jakoteż lekarza policyjnego we Lwowie; na naradzie tej powzięto szereg wniosków, których część przeważną przedłożyło Namiestnictwo c. k. Ministeryum spraw wewnętrznych, inne zaś, których załatwienie należy do zakresu krajowych władz autonomicznych, przedłożyło Wydziałowi krajowemu. Między tymi wnioskami był następujący: „aby pobyt chorych wenerycznych mógł być w danym razie przedłużony aż do czasu, gdy już nie będzie zachodzić obawa dalszego rozszerzenia się tych chorób przez zawczesne wypuszczenych ze szpitala.“ Wydział krajowy dał na wszystkie jemu przedłożone postulaty odpowiedź, w szczególności odpowiedział na postulat wyżej wymieniony, że według instrukcyi, wydanych dla wszystkich szpitali, chorych syfilitycznych, nie płacących za siebie, nie wolno wypuszczać ze szpitala przed zupełnem wyleczeniem, chociażby kuracya miała trwać dłużej, niż trzy miesiące.“ Instrukcya bardzo dobra, ale jak ją pogodzić z tolerowaniem tego, by prymaryusz oddziału syfilitycznego musiał sobie codziennie łamać głowę, kogo ze szpitala wydalić, aby dla świeżo przybyłych miejsca opróżnić?

Nadmienić tu jeszcze trzeba, że przepełnienie w oddziale syfilitycznym lwowskim, tak męskim, jak i żeńskim, istnieje od szeregu lat, i że zdaniem inspektora szpitali oddział dla mężczyzn powinien mieć pomieszczenie przynajmniej na 200 łóżek (obecnie ma ich 138). Jako środek zaradczy poleca sprawozdawca Departamentu V. wyniesienie z zakładu Sióstr Miłosierdzia i oddanie ich pomieszkania na użytek oddziału, Komisya sanitarna zaś nie nie przedkłada Wysokiemu Sejmowi w tej sprawie specyalnego wniosku, ufna, iż Wydział krajowy już dłużej cierpieć nie zechce stanu, jaki jest, i przedłoży Sejmowi w najbliższej przyszłości odpowiedni środek zaradczy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W poprzednim spisie umieszczono przez pomyłkę wykłady Dra Edwarda Zielińskiego z Warszawy w niewłaściwej sekcyi, co poniżej będzie sprostowane.

Zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

— W sekcyi III. 13). Dr. Edward Zieliński (Warszawa): Znaczenie drobnoustrojów w wywoływaniu pewnych zjawisk geologicznych. (287)

— W sekcyi IX. 1). P. Jan Drége (Warszawa): Fabrykacya mydeł. (292)

2) P. Koskowski (Lwów): Organoterapia. (293)

— W sekcyi X. Dr. Wład. Biegański (Częstochowa): Analiza psychologiczna pewników logiki. (35)

— W sekcyi XIII. 17). Dr. Edw. Zieliński (Warszawa): Zmiany rozwojowe w ustroju suchotników. (285)

18. 19). Dr. Adam Chełmoński (Warszawa): a) Wpływ podniet nerwowych na przebieg gruźlicy. b) O samoistnem nieurazowem złamaniu żeber u chorych gruźliczych i charłaczych. (294/5)

20) Dr. M. Sadowski (Warszawa): Przyczynek do kazuistyki nowotworów oskrzeli. (296)

21. 22) Dr. Fr. Rajkowski (Ciechanów, gub. Płocka): a) Przyczynek do leczenia cukromoczu szpikiem kostnym. b) Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych błękitem metylowym. (297/8)

W dziale chorób dzieci: 23) Bohdan Korybut-Daszkiewicz: *Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa.*

24. 25) Dr. Julian Kramsztyk (Warszawa): a) O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. b) O rumieniu nawrotującym, podobnym do płonicy. (300/1)

— W sekcyi XIV, A. 54—55) Dr. A. Mincer (Paryż): a) O leczeniu zwężeń cewki moczowej. b) O zakażeniu moczowem. (302/3)

56—58) Dr. B. Motz (Paryż): a) Stosunek nowotworów pęcherza do nowotworów gruczołu krokowego i odwrotnie. b) O interwencyi chirurgicznej przy nowotworach pęcherza. c) Przyczynek do nauki o »prostatyzmie«. (304—306)

Porównaj Sekcya XVI. 14 (316).

— W sekcyi XV. 17) P. S. Essigman (Warszawa): Spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne nad działaniem niektórych środków przeciwgnilnych przy leczeniu zębów bezmiazgowych.

18. 19) P. Klein (Warszawa): a) Odciągadło zwierciadłowe policzka (nowy przyrząd, ułatwiający rękoczyny na zębach trzonowych). b) Zgryzadło bezgipsowe (nowy przyrząd, uruchomiający szczęki sztuczne). (308/9)

20. 21) Doc. Dr. W. Łepkowski (Kraków): a) Nowy sposób osadzania mostków do zdejmowania. b) Unaczynienie zębów u ludzi. (310/1)

— W sekcyi XVI. 10) Dr. Wład. Kopytowski (Warszawa): Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w półpaścu *(herpes zoster)*. (312)

11—13) Dr. B. Motz (Paryż): a) O gruczołach cewki. b) O poronnem leczeniu rzeżączki. c) O rozpoznawaniu i rokowaniu w niektórych rodzajach przewlekłego zapalenia cewki. (313—315)

Na posiedzenie wspólne z sekcyą XIV, A. 14) Dr. B. Motz: O gruźlicy nerek. (316)

— W sekcyi XVII. 8) Dr. Edward Zieliński (Warszawa): Strach, jako czynnik, wywołujący nerwice. 9) Dr. Chodźko (Paryż): W sprawie tak zw. objawu paluchowego Babińskiego *(phenomène des orteils)*. (317)

— W sekcyi XIX. 34. 35) Dr. A. Sołowij (Lwów): a) O postępach w leczeniu przetok moczowych. b) W sprawie atonii macicy po porodzie i o wartości tamponowania przy atonicznych krwotokach. (318/9)

36) Dr. T. Praschil (Lwów): Przyczynek do usadawiania się, przebiegu i leczenia ciąży zamacicznej. (320)

Wykład zamierzony w czasie wycieczki balneologicznej po Zjeździe, — w Krynicy: 37) Dr. Julian Aronsohn (Krynica): Balneoterapia i mechanoterapia w stosunku do eksudatów około — i przymacicznych, jakoteż wynikłych z tego powodu zboczeń w ułożeniu macicy i jej części dodatkowych. (321)

— W sekcyi XX. 13—16) Prof. Dr. W. Sieradzki (Lwów): a) O działaniu formaldehydu na krew i na barwik krwi. b) O hematynie w rozczynach obojętnych. c) Wynaczynienia krwi ze względu na czas ich powstania. d) 15 przypadków śmierci z powieszenia. (322—325)

17. 18) Dr. H. Kloysy (Lwów): a) O mierzeniu ciałek czerwonych krwi celem oznaczenia pochodzenia tejże. b) Zmiany w przewodzie pokarmowym w otruciu karbolem. (326—327)

— W sekcyi XXIV: Dr. Doliński (Przemyśl): Postulaty fizycznego wychowania dziewcząt. (328)

Porównaj nadto S. XV. 15 (290). Dr. Rossberger (Jarosław): Znaczenie badań dentystycznych dla higieny szkoły.

— Na posiedzeniu zbiorowem w sprawie gruźlicy zapisał się do głosu w dyskusyi Dr. Boral (Riviera).

W dalszym ciągu zgłoszono:

— W sekcyi XVII. 10) Dr. M. Nartowski (Kraków): Wpływ jadów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej. (329)

11—13) Dr. J. Zanietowski junior (Kraków), a) O woltaizacyi (wedle własnych doświadczeń z kliniki Golly'ego w Berlinie i Kraft-Ebinga w Wiedniu). b) O wartości elektryzowania żołądka i kiszek (wedle własnych doświadczeń z kliniki Rosenheima w Berlinie i polikliniki Osera w Wiedniu). c) O myotonii, myastenii i tetanii (studyum porównawcze z klinik Nothnagla, Mendla i Goldscheidera). (330—332)

14 15) Dr. Bregman (Warszawa): a) O wymiotach kałowych w histeryi. b) O nowotworach móżdżku. (333/4)

16—18) Prof. Dr. J. Prus (Lwów): a) O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżku. b) O drogach ruchowych pozapiramidalnych. c) O zakrzepie zatoki jamistej *(sinus cavernosus)* opony twardej mózgu. (335—337)

19 20) Dr. W. Męczkowski (Warszawa): a) Przyczynek do nauki o tężyczce. b) [Tytuł podany będzie później]. (338/9)

— W sekcyi XIII. 26) Dr. Fr. Błoński (Spiczyńce w kijowskiem): O potrzebie wprowadzenia w powszechne użycie oleju rycynowego rezorcyno-salolowego. (340)

— W sekcyi XII. 9) Dr. Jerzy Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny. (341)

Kraków 4 czerwca 1900.

Ciechanowski.
Sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

Wystawa Przyrodniczo-Lekarska w Krakowie.

Komitet Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej, która się odbędzie w lipcu b. r. podczas trwania IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Krakowie prosi pp. autorów i wydawców dzieł, broszur, rozpraw i t. p. z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, wydanych w czasie od r. 1891 do 1900 włącznie, aby prace te, objęte I działem programu Wystawy zechcieli już nadsyłać pod adresem Komitetu Wystawy. Zkatalogowanie bowiem, ułożenie w odpowiednie grupy tego piśmiennictwa potrzebuje spokojnego traktowania, co przed samem otwarciem Wystawy, gdy zaczną się gromadzić okazy przemysłu w olbrzymiej, jak jest uzasadniona nadzieja, ilości, doznawałoby znacznej przeszkody.

Wypełniania kart zgłoszenia się do Wystawy autorowie i wydawcy załatwiać nie potrzebują, komitet bowiem ręczy za zwrot nadesłanych dzieł, jak tylko adres dokładny posyłającego będzie mu znany.

Wszystkie pisma polskie prosimy o łaskawe powtórzenie tej wiadomości.

Dr. Michał Śliwiński,
Dyrektor Wystawy.

XIII międzynarodowy kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 roku.

Sekretarz generalny zawiadamia, że członkowie Kongresu otrzymają dwa rodzaje publikacyj bezpłatnych, z których pierwsze doręczone będą przy rozpoczęciu kongresu, drugie w jakiś czas po jego zamknięciu.

Do pierwszej seryi bezpłatnych publikacyj należą: 1) Streszczenie sprawozdań (członkowie kongresu dostaną streszczenie sprawozdań tylko z tej sekcyi, do której się wpisali). 2) Jednotomowe dzieło „O wodach mineralnych i stacyach klimatycznych francuskich" (400 stronic, oraz liczne rysunki). 3) *Paris médical* (dobroczynność publiczna i nauczanie; 1 tom o 400 stronicach). 4) Przewodnik (Paryż i wystawa, wydanie umyślne dla członków kongresu).

Do Seryi drugiej bezpłatnych publikacyj, które doręczone zostaną kongresistom w czasie późniejszym, należą: 1) Sprawozdanie sumaryczne z całości prac kongresu. 2) Jednotomowe dzieło, podające w całej rozciągłości sprawozdanie z posiedzeń ogólnych. 3) Jeden tom sprawozdania z Sekcyi, do której członek kongresu wpisał się; ci zaś, którzyby życzyli posiadać sprawozdanie i z innych Sekcyj, będą musieli dopłacać po 4 franki do każdego tomu. Kongresista, zamawiający sprawozdania ze wszystkich 17 Sekcyj, zapłaci tylko 45 franków.

Prócz tych korzyści wydawniczych członkom kongresu służyć będą następujące prerogatywy: 1) prawo udziału w pracach wszystkich Sekcyj; 2) zaproszenia na wszystkie uroczystości, ofiarowane członkom kongresu; 3) bezpłatny wstęp na wystawę podczas trwania kongresu; 4) oznaka artystyczna wyrzeźbiona przez Vernona; 5) opust 50% na kolejach francuskich.

Dr. A. Kwaśnicki, sekretarz. *Prof. B. Wicherkiewicz,* prezes.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 13 czerwca.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia 6 b. m. ku uczczeniu jubileuszu Uniw. Jagiell. posiedzenie uroczyste, na którem, po przemówieniu okolicznościowem prezesa, miał odczyt Dr. A. Kwaśnicki p. t. »Rys dziejów Wydziału lekarskiego U. J. od jego założenia do dni naszych«. Posiedzenie zaszczyciło liczne grono lekarzy zamiejscowych.

* Świeżo odbyty Jubileusz Wszechnicy Jagiell. dał hasło do wejrzenia w prastare akta tej Szkoły i ogłoszenia kilku monografij z tego zakresu. Pomimo swej obfitości, literatura tego przedmiotu nie jest jeszcze w całości wyczerpana. Prof. J. Rostafiński wydał obszerną rozprawę, poświęconą „Wydziałowi Lekarskiemu Uniw. Jagiell. w 500-letnią rocznicę jego istnienia", p. t. Medycyna w Uniw. Jagiellońskim w XV wieku. Krytyczne zestawienie zapatrywań poprzednich pisarzy, głębokie wejrzenie w znaczenie poszczególnych dokumentów i nader przekonywujące wyprowadzenie wniosków, wyjaśniają wiele dotychczasowych wątpliwości, wypełniają luki i wiążą epizodyczne fakta w całość dziejową.

Wydanie nader ozdobne, upiększone starymi rysunkami autentycznymi, stanowi poważny przyczynek do najdawniejszych dziejów medycyny w Polsce i świadczyć będzie o prawdziwie wzniosłem uczczeniu przez autora pięciowiekowego Jubileuszu.

* Dr. Jan Sędziak, znany specyalista i pisarz, wydał obszerny podręcznik pod tyt.: Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku. (Warszawa, 1900). Dzieło to poświęcił autor „Wszechnicy Jagiellońskiej w 500-letnią rocznicę Jej założenia".

* Z dotychczas otrzymanych czasopism lekarskich, następujące wydały numera, poświęcone Uniw. Jagiellońskiemu, z powodu jego 500-letniego Jubileuszu: Gazeta Lekarska (Nr. 22), Krytyka (Nr. 6), Kronika Lekarska (Nr. 11 i 12), Nowiny Lekarskie (Nr. 11), Medycyna (Nr. 22).

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Jan Kanty Emil Szwarz.

* Deputacya, złożona z drów Franka, Grussa, Heima i Pichlera udała się do prezydenta ministrów i szefa sekcyi Dr. Kussyego z prośbą o rozgraniczenie i należyte określenie stanowiska dentystów-doktorów medycyny do techników dentystycznych, przedstawiając niesłuszne wdzieranie się tych ostatnich do praw doktorów medycyny. Obaj dygnitarze uznali całą słuszność wywodów delegacyi, przyrzekając zupełne uwzględnienie tych życzeń.

* Niedawno zmarły w Paryżu Alfons Rotschild zapisał 10 milionów franków na wystawienie szpitala dla chorych na oczy.

* Rząd niemiecki ogłosi wkrótce nową ustawę egzaminacyjną, do dotychczasowych lat pięciu studyów będzie dodany obowiązujący rok szósty, poświęcony wyłącznie ćwiczeniom praktycznym.

* Na wzór berlińskiej mają być zakładane polikliniki w Niemczech we wszystkich miastach uniwersyteckich i większych osadach fabrycznych, a to w celu badania i wczesnego rozpoznawania gruźlicy.

* Dr. Mannaberg, wiceprezes międzynarodowej Konferencyi dla badania zimnicy, która, jak to donieśliśmy w Nr. 21, odbędzie się w Liverpolu pod przewodnictwem lorda Listera, zawiadamia, że lekarze z Austryi, życzący w niej wziąść udział, mają się zgłaszać do niego, jako do sekretarza Komitetu austryackiego (*Wien 1/1 Opernring, 15*).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Dr. Henryk Jordan otrzymał tytuł Radcy Dworu. Prof. okulistyki, Dr. Hirschberg, mianowany został zwyczajnym prof. honorowym w Berlinie. Dr. Batujew otrzymał stanowisko prof. anatomii w Uniwers. odeskim. Dr. Brusianin mianowany został prof. nadzw. higieny w Uniw. warszawskim. Dr. Kuffner K. — prof. zwycz. psychiatryi w czeskim Wydziale w Pradze — Dziekanem nowego Wydziału lekar. w Odesie mianował rząd prof. Podwysockiego, redaktora »Ruskiego Archiwu patologii«.

Nekrologia. Dr. Józef Stanisławski, urodzony w Śledziejowicach r. 1824, zakończył życie w Krakowie. Studya lekarskie odbył w Uniw. Jagiell. i zaraz po ich ukończeniu w r. 1847 otrzymał posadę asystenta w klinice prof. Brodowicza, a po jego ustąpieniu zastępował profesora przez parę miesięcy, t. j. do zamianowania prof. Dietla, którego nadal pozostał asystentem do r. 1852. Bezpośrednio potem osiadł w Sieradziu, gdzie spędził prawie pół wieku; przed dwoma laty obchodził Sieradz z okolicznem obywatelstwem 50-letnią działalność lekarską Stanisławskiego. Poza pracą zawodowo-lekarską oddawał się z zamiłowaniem archeologii krajowej, ocalił wiele zabytków archeologicznych, a w r. 1883 urządził wystawę archeologiczną w Sieradziu. Z prac lekarskich pozostała po Stanisławskim rozprawa: *O napojach ze stanowiska policyi lekarskiej* (Kraków, 1847). Cześć pamięci zasłużonego lekarza i obywatela.

Dr. Jan Bulewski zmarł w Święcianach, w 53 r. życia. Dr. Karol Lange, prof. nadz. anatomii patolog. zmarł w Kopenhadze. Na Wołyniu zakończył życie w wieku 38 lat lekarz praktykujący Dr. T. Sikorski.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: *W Kronice Lekarskiej Nr. 10:* Neugebauera Fr.: 19 przypadków koincydencyi zboczeń umysłowych z wrzekomem obojnactwem, 4 przypadki samobójstwa wrzekomych obojnaków, oraz 57 spostrzeżeń spraw sądowo-lekarskich, dotyczących wrzekomych obojnaków (c. d.) Lidmanowskiego K.: Przypadek ropnego zapalenia opłucnej pochodzenia promienicowego. *W Czasopiśmie Lekarskiem Nr. 6:* Dr. Bernsteina M.: Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego w Łodzi. Dr. Kossobudzkiego: Przyczynki do kazuistyki ginekologicznej. Dr. Fidlera: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej (c. d.). *W Gazecie Lekarskiej Nr. 22.* Od Redakcyi: Słowo, poświęcone 500-letniej rocznicy odnowienia U. Jag. — Dzierzgowskiego S. K.: Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odporności przeciw błonicy. Brudzińskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania przerostu gruczołów chłonnych okołooskrzelowych u dzieci. O objawie Smitha. Dr. Orłowskiego Eug.: Mocznica w świetle badań współczesnych. *W Medycynie Nr. 22:* Doc. Korczyńskiego Lud.: Nauczyciele i nauka medycyny wewnętrznej w klinice krakowskiej. Szkic historyczny. Dr. Kostaneckiego Napoleona: Wpływ bakteryobójczy surowic normalnych różnych zwierząt. Steinhausa J.: Rzadsze formy i umiejscowienia mięsaków. *W Medycynie Nr. 23.* Tupowskiego A.: Przyczynek do oceny wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego. Dr. Sulikowskiego F.: Przypadek porodu dwojakami piersiozrosłymi. *W Nowinach Lekarskich Nr. 11:* Dr. Dziembowskiego: Choroba Barlowa. Dr. Dobrowolskiego St.: Cztery przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, dokonane w bieżącym roku szkolnym. Dr. Czarneckiego: Przyczynek do kazuistyki wyleczenia tętniaka tętnicy udowej. *W Postępie Okulistycznym* (Maj): Dr. Talko J.: Wągr oka w Polsce. *W Krytyce Lekarskiej Nr. 6:* Prof. J. Rostafińskiego: Organizacya Wydziału lek. na Uniw. Jagiellońskim w XV w. Dr. Zahorskiego W.: Prof Józef Frank w Wilnie (dok.). *W Gazecie Lekarskiej Nr. 23:* Rejchmana N.: Przyczynek do nauki o sposobach powstawania (patogeneza) t. zw. nawykowego zaparcia stolca. Dr. Przedborskiego L.: Cierpienie krtani przy ciąży (c. d.). Neugebauera Fr. Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków (c. d.). *W Przeglądzie Dentystycznym Nr. 5:* Dr. Krakowski M. Chinozol i jego zastosowanie w dentystyce. Dr. Zborila C.: Porcelana i emalia w dentystyce (c. d.).

Redakcya otrzymała: Prof. Rostafiński Józef: Medycyna na Uniw. Jagiellońskim w XV wieku (Kraków, 1900). Dr. Sędziak Jan: Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku (Warszawa, 1900). Dr. Maleszewski Władysław: Stanowisko lekarzy kąpielowych (Odbitka z Przegl. lek.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Z. 32.942/I.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych w okręgu lekarskim Kraków III z siedzibą w Krakowie ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego Kraków III przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 19·0 na linii Kraków-Lwów, dalej od kilometra 0·0 do kilometra 1·90/a na linii Bierzanów-Wieliczka i od kilometra 0·0 do kilometra 4·909/b na linii Podłęże-Niepołomice, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami Podgórze-Płaszów, Bierzanów, Podłęże i Niepołomice, przyczem się nadmienia, że z personalu na stacyi w Podgórzu-Płaszowie zatrudnionego należą do okręgu lekarskiego Kraków III tylko ci funkcyonaryusze, którzy mają na stacyi mieszkanie in natura i ci, którzy mieszkają w Płaszowie. Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do ukończonego 18-go roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1.600 Koron i ryczałt na fiakry w kwocie 300 Koron rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stęplowym na 1 Koronę zaopatrzone, wnosić należy do 10-go lipca b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też bliższych informacyi zasięgnąć można.

Kraków, dnia 8 czerwca 1900.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posady sekundaryuszów szpitali powszechnych w Sanoku i w Rzeszowie z płacą po 1000 Koron rocznie i z prawem do stabilizacyi po rocznej dla szpitala pożytecznej służbie.

Pragnący otrzymać te posady winni najpóźniej do dnia 1-go lipca 1900 wnieść podania do Wydziału krajowego, do których należy dołączyć:

a) Metrykę urodzenia na dowód, że konkurujący nie przekroczył 40 roku życia;

b) Dowód, że jest obywatelem państwa austro węg.;

c) Dyplom doktora wszech nauk lekarskieg otrzymany najednym z uniwersytetów monarchii.

We Lwowie dnia 1-go czerwca 1900.

Zwierzchność gminna m. Trzebini ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z płaca od 600—1000 Koron (zależnie od umowy). (175)

Zgłoszenia do 1-go lipca przyjmuje Urząd gminny.

W miasteczku Głogowie jest do objęcia posada lekarza okręgowego z płacą 1200 koron i ryczałtem na objazdy 400 koron.

Prezydyum magistratu m. Tarnopola rozpisuje konkurs na posadę drugiego lekarza miejskiego z płacą roczną 1200 koron, dodatkiem aktywalnym 240 koron, z prawem do 3 pięcioleci po 120 koron i dodatkiem na fiakra rocznie 100 koron.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Toustem z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na koszta podróży 600 koron. — Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową. — Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 6 lipca b. r.